sommaire

médecine et société

les livres

tome XXV mars-avril 1976 n° 127

médecine et pouvoir

Traiter de ce corps social particulier qu'est le « corps médical » et du rapport que nous entretenons avec lui, s'interroger sur la situation qui est la sienne dans notre société et donc aussi sur le genre de médecine qui est pratiquée, envisager quel avenir pourrait constituer une alternative par rapport à la situation présente, c'est être entraîné dans une série de découvertes qui débordent rapidement le cadre étroit que nous pourrions imaginer au départ.

C'est bien ce qui apparaît déjà dans le débat entre médecins généralistes qui ouvre ce numéro. Il nous donne, autour de quelques points chauds, un aperçu de la façon dont ces hommes comprennent leur rôle dans la société, les difficultés qu'ils affrontent, les expériences qu'ils tentent de mettre en œuvre pour modifier la situation actuelle ou maintenir une situation jugée positive.

Si le regard que les médecins portent sur eux-mêmes et leur pratique est un élément essentiel du débat, il est tout aussi important que d'autres analysent le fonctionnement objectif de l'institution médicale dans notre société. Aucun point de vue n'est neutre, ni celui, tantôt convergent, tantôt divergent, des médecins interrogés, ni celui des sociologues qui cherchent à comprendre le rapport de cette institution à l'ensemble d'une société. Souvent, nous entendons dire que nous avons affaire aujourd'hui à une « médecine de classe ». Le slogan peut séduire ou irriter au départ... Il demande en tout cas à être dépassé en tant que slogan : le travail original de Michel Bosquet nous permet de comprendre en quel sens précis il est possible aujourd'hui de dire que nous avons affaire à une médecine de classe.

L'étude de Jean Baubérot prend en compte un aspect particulier du rapport qui nous lie aux médecins et qui lie le médecin à nous-mêmes : c'est le contenu religieux de cette relation. Le dualisme « clerc-laïc » ne constitue pas une structure qui serait propre à l'Eglise. On se rapporte à la médecine comme à un bien religieux, et au médecin comme à un prêtre. Le résidu religieux dissimulé dans cette structure officiellement profane mérite d'être dépisté, car il concourt au maintien d'un rapport aussi infantilisant entre le ma-

lade et le médecin qu'entre le non-clerc et le clerc dans l'Eglise. N'est-ce pas, ici et là, une même lutte de « décléricalisation » qui se déploie pour la prise en charge par les intéressés eux-mêmes de leurs propres responsabilités ? Dans cette même ligne, il est intéressant de voir comment ces deux corps « cléricaux » se comportent l'un à l'égard de l'autre lorsqu'ils sont appelés à intervenir sur les mêmes sujets. Philippe Deschamps nous décrit les rapports médecins-aumôniers, tels qu'ils les a constatés au sein de son expérience hospitalière. Il indique, en même temps, les évolutions qui lui apparaissent nécessaires de part et d'autre pour le bien du malade.

Comme plusieurs des articles de ce numéro font allusion, explicitement ou implicitement, aux thèses soutenues par Ivan Illich dans son ouvrage Némésis médicale, *nous avons demandé à Ingmar Granstedt d'en faire une présentation afin que les lecteurs aient plus aisément accès aux éléments de ce débat.*

Michel Gillet nous aide ensuite à percevoir le contenu souvent ignoré de la demande que nous adressons au médecin. Il nous faut, là aussi, dépasser les apparences et prendre la mesure de ce qui est en jeu dans la relation médecin-malade : demande de santé, demande d'immortalité... Bref, cet article, comme ceux qui précèdent, vise à nous faire prendre conscience de dimensions qui ne sont pas spontanément perçues, qui sont socialement occultées. On comprendra aisément l'importance de tous ces décryptages : il n'y a pas de politique possible de la médecine si on fait l'impasse sur ces différents enjeux.

Le but poursuivi par le dernier article, dû à Michel Debout, est précisément de proposer un certain nombre de perspectives utiles pour une politique de la médecine. Un tel article s'insère, évidemment, dans le cadre d'un combat global, ressenti de façon de plus en plus urgente et massive, pour l'instauration de nouveaux rapports sociaux. A quoi bon, en effet, s'interroger sur l'institution médicale et ses différents enjeux, sinon pour essayer de changer ce qui peut l'être de façon positive ? Mais un tel changement est-il envisageable s'il ne s'inscrit pas dans une lutte générale qui déborde le seul cadre de l'institution médicale ?

ont collaboré à ce numéro

Jean BAUBÉROT, sociologue, Ecole pratique des Hautes Etudes (section des Sciences religieuses), Paris.

Michel BOSQUET, journaliste, Paris.

Michel DEBOUT, assistant de médecine légale, Lyon.

Philippe DESCHAMPS, prêtre de la Mission de France, aumônier du Centre psychiatrique Sainte-Anne, Paris.

Michel GILLET, médecin psychiatre, du comité de rédaction de *Lumière et Vie*, Lyon.

Ingmar GRANSTEDT, sociologue, Lyon.

et, pour la table ronde, les docteurs

Joseph BIOT, secrétaire général de l'Association syndicale des médecins du Rhône.

Guy FRADIN, président du Syndicat des médecins du Rhône, vice-président de la Fédération des médecins de France.

William JUNOD, président du Syndicat national des médecins de groupe, membre du Conseil de la Confédération des syndicats médicaux français.

Adolphe-Patrick PRUNIER, Polyclinique de la Roseraie.

la médecine au présent et au futur

table ronde entre praticiens

Pour ouvrir ce numéro, nous avons choisi de donner la parole à quatre médecins généralistes dont les expériences et les statuts professionnels sont assez diversifiés pour donner quelque idée des tendances, souvent convergentes, parfois divergentes de façon nuancée, qui sont à l'œuvre dans le corps médical lui-même : les Drs Joseph Biot, secrétaire général de l'Association syndicale des médecins du Rhône, qui représente dans ce dépatement la Confédération ; Guy Fradin, président du Syndicat des médecins du Rhône, vice-président de la Fédération des médecins de France ; William Junod, président du Syndicat national des médecins de groupe, membre du Conseil de la Confédération des syndicats médicaux français, exerçant en groupe dans la banlieue lyonnaise (Maison médicale de Ternay) ; Adolphe-Patrick Prunier, exerçant sous forme salariée à la Polyclinique de la Roseraie, relevant de la mutuelle U. M. U. T. R. A., syndiqué à la Confédération au plan local et au Syndicat des médecins travaillant en Centres de santé. Dans la situation de crise qui persiste actuellement, ils nous indiquent leurs points de vue sur plusieurs des questions-clefs aujourd'hui débattues : statut actuel de la profession médicale, projets de la Sécurité sociale, politique de la santé, expériences nouvelles et exercice libéral de la médecine, rapport des médecins à l'ensemble de la population, « pouvoir » dont dispose ou ne dispose pas le corps médical, etc. Nous avons là ample matière à réflexion.

Q. — *Ouvrons le débat par une question qui me semble celle du Français moyen : par rapport à un certain nombre de discussions actuelles — et je pense par exemple aux problèmes liés à la Sécurité sociale —, on a l'impression que les médecins cherchent à défendre un certain statut de leur profession, d'une part, et, d'autre part, qu'ils sont très réticents devant tout ce qui serait un éventuel contrôle — contrôle social, disons — de leur profession. Comment vous situez-vous face à ces questions, et quels enjeux vous semblent-elles engager ?*

Dr Fradin. — Vous avez parlé de contrôle : il existe en médecine depuis longtemps. Même si le médecin exerce en cabinet, tous ses actes sont contrôlés par les médecins-conseils de la Sécurité sociale. Même, actuellement, on a vu surgir de nouveaux contrôleurs qui contrôlent... les

contrôleurs. On a jugé ainsi que les médecins donnaient trop de repos, alors les employeurs ont imaginé un système de contrôle supplémentaire dont je vous laisse le soin d'estimer l'efficacité.

I

contrôle de la médecine et liberté de choix

Par ailleurs, les médecins ne livrent pas un combat corporatif : si le public perçoit les choses de la sorte, c'est une erreur. Ici, en tout cas — et je crois que les médecins ici présents seront du même avis —, nous luttons pour la défense d'une médecine de qualité, d'une médecine essentiellement humaine, respectant les contacts entre le médecin et le malade. C'est cela qui est fondamental. Médecine remboursée, bien sûr, puisque, hélas, la médecine est souvent coûteuse quand elle est efficace ; médecine contrôlée, certes, car celui qui rembourse doit bien avoir un droit de regard. Mais que cette médecine reste entre les mains des médecins. Et ceci, non pas par désir d'empêcher un droit de regard — car la profession médicale est une profession ouverte —, mais dans l'intérêt même des malades qui n'ont d'ailleurs pas toujours les éléments d'appréciation des situations. Imaginez qu'on dise à l'ingénieur en chef de la S. N. C. F., ou à celui des Ponts et Chaussées : « Nous, usagers qui passons tous les jours sur ces ponts, nous allons avoir à donner notre avis ; et aussi sur le fonctionnement de la gare de Perrache ». Eh bien, j'avoue que je me sentirais tout à fait incompétent pour donner un avis de cette sorte. Mais, actuellement, tout le monde parle de la médecine comme s'il existait en ce domaine une compétence universelle.

Il faut donc bien poser le problème. Et au niveau de la médecine générale, peu de pays dans le monde disposent, autant que la France, d'une médecine de qualité. Il peut y avoir divers modes d'exercice de la médecine, qu'elle soit en groupe ou isolée : très bien ; un certain pluralisme est normal. Car il faut que nos malades aient le choix. Mais il ne faut pas laisser dire que les médecins sont recroquevillés sur eux-mêmes, dans le désir de s'opposer à tout ce qui peut être social. Il y a des impératifs médicaux, il y a des impératifs sociaux : il s'agit de trouver ce qui permet leur conciliation. C'est possible — tellement possible que 95 % des médecins sont conventionnés. Ce qui représente, au niveau d'une profession libérale, une énorme évolution, dont vous n'avez pas idée. C'est chose faite, et actuellement personne ne discute le système conventionnel.

bienfaits et méfaits du régime conventionnel

Dr Biot. — Je suis content d'entendre dire ces choses-là. Car il ne faut pas sous-estimer la réticence du milieu médical, réticence qui s'est manifestée. Il y a une quinzaine d'années, nous avons entendu certains nous dire : « La Sécurité sociale, voilà l'ennemi ! » — comme s'il y avait antinomie entre un régime social de distribution de prestations et la distribution de soins. On doit arriver à trouver, par des accords, un terrain d'entente permettant de faire fonctionner un régime social respectueux de la liberté du malade et de celle du médecin. C'est là le nœud du problème : car, quelles que soient les recherches faites pour associer ces deux libertés-là, on rencontre toujours des écueils. Or, le régime conventionnel, on vient de le vivre pendant un certain nombre d'années ; et il faut dire que ses bienfaits l'emportent quand même sur ses inconvénients. Les bienfaits, c'est quand même la possibilité, pour les malades, de se soigner en profitant des progrès scientifiques et d'être remboursés convenablement. Les inconvénients, c'est que les médecins conventionnés risquent de tomber dans deux pièges. Le premier, ce serait de multiplier les actes médicaux, étant donné le niveau de la consultation de base, et dès lors de faire des actes trop rapides. Le second piège serait de faire des actes lents, mais en travaillant trop longtemps — d'où risques de fatigue pour le médecin, pour son équilibre psychologique et familial ; risques aussi pour les malades eux-mêmes, car il n'est pas possible de faire de la très bonne médecine à dix ou onze heures du soir, lorsqu'on est très fatigué. Sachant que ces risques existent, il s'agit de trouver un moyen d'entente sur le plan légal ; mais là, ce sont nos interlocuteurs qui nous donnent du fil à retordre, car on n'est sûr ni de la pureté de leurs intentions, ni surtout de leur intention seconde. Après qu'ait été joué pendant quinze ans le jeu de la carte conventionnelle, il semble qu'actuellement on veuille nous faire glisser vers un autre mode de rémunération du médecin et vers un autre style de médecine : et c'est là que les problèmes se posent avec acuité.

l'indépendance du médecin au service de l'individu

Dr Junod. — Je voudrais continuer dans cette droite ligne pour dire que ce qui paraît une défense corporatiste est en fait infiniment plus important, car c'est la lutte que mènent tous les médecins pour leur indépendance.

Pourquoi le médecin doit-il être indépendant ? Parce que nous avons une notion très précise de notre fonction : *le médecin est au service d'un*

malade, d'un individu, pour l'aider à retrouver le meilleur état de confort possible, aussi bien sur le plan psychique que sur le plan physique ou moral : définition que donne l'Organisation mondiale de la santé (O. M. S.), et qui est centrée, comme vous le voyez, *sur l'individu et le service rendu à un individu.* Par ailleurs — et depuis quinze ans, nous en donnons la preuve ! —, le médecin n'agit pas comme s'il était tout seul sur la terre, sans nul souci de l'incidence pécuniaire, financière ou économique de son action. Nous savons très bien que la société est contrainte de maintenir les dépenses de santé d'un pays à un certain niveau du produit national brut, difficile ou impossible à dépasser : c'est le point de vue défendu actuellement par la Sécurité sociale. Ou alors ce dépassement se fera au détriment d'autres dépenses de la nation : grandes voies de circulation, téléphone, S. N. C. F. ou autres choix économiques de la nation.

Le médecin est alors tiraillé entre sa vocation de service de l'individu et son désir de s'intégrer dans la société de façon à ce que chaque citoyen ait une véritable égalité de chances dans l'accès à des soins médicaux de qualité : volonté que les médecins partagent avec les représentants de la population, les pouvoirs publics, les centrales syndicales. Le médecin de 1976 est très conscient de ces deux impératifs absolus : le bien-être de l'individu, mais aussi certaines contraintes sociales. Ces dernières, nous les avons acceptées : c'est le texte de la convention, arrangement qui engage les médecins ; ceux-ci s'imposent, avec une médecine de qualité, le respect des tarifs, et en contre-partie, ils ont certes des avantages sociaux, mais surtout le sentiment de participer à un véritable service public tout en étant dans un secteur privé et indépendant.

projets actuels de la « sécurité sociale »

Alors, actuellement, il y a une crise, le système grippe et va gripper de plus en plus : il y a un déficit de la Sécurité sociale, annoncé depuis quinze ans et maintenant vrai, et qui vraisemblablement ira s'aggravant avec les progrès scientifiques et techniques dont la population veut bénéficier. Bref, on est confronté à des données objectives qui conduisent à un profond remaniement du système médico-social.

Aussi, de notre côté, nous ne sommes pas du tout opposés à certaines expériences nouvelles, telle la médecine de groupe ; nous avons d'autres idées encore, et nous savons que ces expériences doivent être tentées, contrôlées et examinées ensemble, pour voir ce qui sera le plus profitable à la population. Mais la Sécurité sociale bloque actuellement toute pos-

sibilité d'évolution et de progrès, et entend par contre mettre en place des expériences qu'elle contrôle essentiellement elle-même : son but est de faire de la médecine de caisse, c'est-à-dire une médecine où le médecin est un salarié de la caisse de Sécurité sociale. Qu'est-ce à dire, sinon que le médecin dépendra d'un organisme qui tout à la fois le salariera et remboursera les dépenses entraînées par les prescriptions et décisions de ce médecin. Qui nous garantit qu'un jour notre employeur ne nous dira pas : « Docteur, vous êtes à l'origine de dépenses trop importantes : il va donc falloir réduire vos prescriptions d'arrêts de travail, ou d'antibiotiques ; à partir de soixante-cinq ans, autrement dit pour les individus non rentables pour la société, il faudra éviter de prescrire telle ou telle thérapeutique trop coûteuse... ». Mais pourquoi pas ? On peut tout imaginer dès lors que nous serons payés par un organisme ayant vocation de nous imposer des économies. Et là, comme les médecins de la Confédération, nous nous opposons catégoriquement à ce genre de tutelle ; ce qui ne signifie nullement une condamnation de la médecine salariée, pour laquelle j'envisage très bien une qualité de la relation médecin-malade équivalente à celle rencontrée dans un groupe privé ou en médecine libérale. Mais ce que nous mettons en cause, tous ensemble ici, c'est que notre indépendance soit compatible avec un salariat direct par un organisme chargé de rembourser les dépenses de nos prescriptions.

l'expérience des centres de santé mutualistes

Q. — *Et vous, Dr Prunier, comment vous situez-vous par rapport à cette façon de voir l'indépendance du médecin ?*

Dr Prunier. — Il est vrai que nous assistons actuellement à une tentative de la Sécurité sociale de mettre en place des centres de santé qu'elle contrôlera, avec des médecins salariés par elle. Ce que vient de dire le Dr Junod sur les risques de pression dans un tel système me paraît très juste. L'organisme chargé du remboursement fera pression sur le prescripteur : la consommation médicale, dira-t-on, c'est de la faute des médecins, car ce sont eux qui prescrivent trop de médicaments, trop d'actes, etc. Or — nous sommes à peu près tous d'accord là-dessus —, les médecins ne sont pas les seuls responsables de la demande de soins de la part de la population : il y a tout un ensemble de circonstances de la vie moderne qui crée cette demande de plus en plus importante. La tolérance à la maladie, à la douleur, a diminué ; cela se comprend tout à fait. On se résigne moins à l'infirmité qu'il y a cinquante ans ; quand on souffre, on veut se faire soigner : il y a maintenant des techniques

modernes adaptables à l'ensemble de la population, et celle-ci veut y avoir accès. Mais ces techniques, très onéreuses et complexes, restent limitées à certains centres ou secteurs. Ne pourrait-on, au contraire, tendre à avoir des généralistes de base qui puissent petit à petit avoir accès à ces nouvelles méthodes tout en restant proches des malades le plus longtemps possible dans la démarche thérapeutique ? C'est l'idée qui avait guidé les promoteurs de notre forme d'exercice, soit un système de centres de santé employant des médecins payés à la fonction, mais par des organismes à but non lucratif et non pas par la Sécurité sociale : différence importante. Car l'employeur mettait en œuvre ces centres, non pas uniquement pour économiser de l'argent sur les remboursements, mais bien pour que l'on mette en place des équipes pluri-disciplinaires. Au sein de celles-ci, pas de risques de dichotomie entre médecins ou de « compérage » ; mais on constitue toute une équipe médicale capable de tourner sur elle-même tout en ayant accès, quand c'est nécessaire, aux grands services.

Ce mouvement est parti de la région marseillaise avec des réalisations progressives : d'abord quelques médecins, puis des spécialistes, etc.

faire face au problème économique

Et rapidement ces expériences se sont trouvées confrontées à un problème économique important, à savoir que ces actes des médecins généralistes, s'ils n'en font pas une quantité suffisante dans la journée — ce qui implique donc que ces actes soient rapides —, eh bien, ce n'est pas rentable et on se trouve devant un déficit.

Dès lors, on a cherché à parer à ce déficit en associant, dans une équipe pluri-disciplinaire, des spécialistes de spécialités rentables (ce n'est pas le cas de toutes) et des généralistes, qui restaient un peu le noyau du groupe. Ceux-ci pouvaient alors pratiquer une médecine relativement lente en voyant une vingtaine de malades par jour, dans des horaires à peu près normaux, et en restant en confrontation permanente avec leurs camarades spécialistes qui, eux, travaillaient dans leurs secteurs. Mais cet équilibre, depuis dix ans, s'est dégradé, du fait de la dévalorisation progressive des actes médicaux de base. Et ces centres, encore une fois à but non lucratif (leurs bénéfices, s'il y en a, sont réinvestis dans l'installation), ces centres ont donc été amenés, sous la pression des circonstances, soit à multiplier le nombre des spécialistes qu'ils emploient, soit à demander que l'activité des généralistes augmente. Or la motivation principale des confrères exerçant dans ces centres est, d'une part, la

possibilité de confrontation constante avec des spécialistes et, d'autre part, la perspective d'une vie normale. J'entends par là une vie où l'enseignement post-universitaire fasse partie des heures de travail, une vie où le paiement à la fonction (salaire mensuel, sans tenir compte du nombre d'actes réalisés) permette un indiscutable confort professionnel, envié par beaucoup. Personnellement, ayant aussi exercé en médecine libérale — surtout en remplacement, à vrai dire —, je sais de quoi je parle : c'est très confortable de ne pas manquer de liberté de manœuvre dans l'exercice de la profession. Vous revoyez un malade quand vous avez envie de le revoir, sans vous sentir du tout gêné. Là se pose d'ailleurs un problème qui est en fait un faux problème : la rémunération directe du médecin peut être nécessaire pour les actes légers, consultations, visites, mais ce n'est pas une question fondamentale en ces cas alors que pour les actes lourds, c'est tout différent. Ces centres de santé peuvent donc exister et permettre une médecine qui soit de qualité, encore que ce soit plutôt aux malades de se prononcer sur ce dernier point. Mais enfin, ils ont le temps, en tout cas, de discuter avec leur médecin, dont ils ont le libre choix. Car qui dit groupe dit possibilité de choix entre plusieurs praticiens, et si le malade veut s'adresser ailleurs, il n'y a aucune pression de l'employeur pour lui dire : « Il faut vous faire soigner par les médecins qui exercent chez nous ».

garder les grands principes de la médecine libérale

Vous voyez donc que nous respectons les valeurs de la médecine. Tous nous sommes d'accord sur les grands principes de la médecine libérale auxquels nous sommes nous aussi attachés, c'est-à-dire, outre le libre choix dont je parlais à l'instant, le secret médical et l'indépendance technique du médecin. Celle-ci est absolument indispensable ; des menaces se précisent actuellement contre elle, et il va falloir réagir.

Quant aux centres dont la création est envisagée par la Sécurité sociale, et où elle serait directement employeur, on compte sans doute, pour leur développement, sur l'augmentation rapide du nombre des médecins (ce nombre va doubler d'ici moins de sept ans). Vu les difficultés actuelles d'installation de ces jeunes collègues, la Sécurité sociale sait très bien que si elle arrive à ouvrir deux ou trois centres du type de ceux qu'elle projette, ceux-ci pourront rapidement se multiplier, avec tous les risques de pression et de remise en cause de l'indépendance technique du médecin que cela sous-entend.

Alors je crois que le médecin ne doit pas être irresponsable sur le plan économique. Pendant longtemps, c'est tout de même un peu ce qui s'est

passé. Maintenant on a établi ce que l'on appelle des « profils médicaux », non encore opérationnels, mais qui visent à faire prendre conscience du coût, disons de l'exercice médical direct, comme par exemple d'un arrêt de travail. A ce niveau, ce peut être pour le médecin un élément très positif : pour qu'il sache à peu près ce que coûtent ses prescriptions, et comment il peut s'intégrer à un système économique de santé. Par contre, si ces profils médicaux jouent comme moyens de pression sur les médecins pour un contingentement d'office, ou pour les obliger à diminuer leurs activités ou leurs prescriptions, cela devient effectivement très néfaste. Mais dans nos centres, nous ne connaissons pas ce problème jusqu'à présent. Nous estimons avoir des employeurs de qualité, car ce n'est pas le profit qui les anime. Nous sommes pour le moment à peu près indépendants au point de vue technique, le libre choix de leur médecin par les malades est respecté, le secret médical est préservé. Et nous considérons être dans la ligne de la médecine traditionnelle française, à laquelle nous sommes attachés.

Dr Fradin. — Vous avez dit tout à l'heure quelque chose de très important : c'est qu'on s'était aperçu — et je pense que vous faisiez allusion au centre de la Fougeraye, à Marseille —, que la médecine générale n'était pas rentable. C'est très grave d'avoir réduit la condition du médecin généraliste à faire qu'il est à la limite de la rentabilité. C'est rentable, parce que c'est sa femme qui ouvre la porte et répond au téléphone ; et personne ne la paye, elle n'est même pas assurée sociale, sauf indirectement, par son mari. C'est rentable si le médecin travaille disons au moins dix heures par jour, et six jours par semaine en répondant le jour et la nuit. Alors çà, c'est quand même très grave, et s'y trouve engagée la responsabilité à la fois du gouvernement et de la Sécurité sociale. Car on aimerait bien que le gouvernement dise s'il y a une politique de la santé dans notre pays.

bouleverser les structures ?

Autre problème, qui n'a pas encore été abordé : bien des gens disent qu'il faudrait bouleverser toutes les structures de la médecine française. Or, il faut tout de même savoir que ce que l'on appelle l'acte lourd est pratiquement remboursé à 100 % ; donc qu'il est pratiquement gratuit. Il faut donc bien faire attention à ne pas enfoncer des portes ouvertes : comme je viens de le rappeler, chez nous, le risque lourd est couvert. Quant aux différentes formes d'exercice de la médecine, vous avez ici la preuve qu'elles existent. En effet, je travaille dans un cabinet tout seul :

médecine libérale ; le Dr Junod exerce en groupe ; vous aussi, Dr Biot, vous êtes seul, et vous, Dr Prunier, vous exercez dans un centre de médecine salariée. Il y a des médecins fonctionnaires ; il y a des médecins hospitaliers qui jouissent d'un statut particulier les assimilant à la fonction publique. Vous voyez bien que dans ce pays, on a le choix. Il y a des dispensaires, ils sont nombreux, il y a des consultations hospitalières, elles sont nombreuses. La Mutuelle générale de l'Education nationale et d'autres mutuelles ont leur système de distribution de soins, la plupart du temps gratuits pour leurs adhérents, et même pour les autres. Il faut donc bien dire la vérité : la France n'a pas à faire de complexe dans ce domaine, je ne sais pas si nos amis en font, mais il n'y a pas de complexes à avoir : la France n'est pas à l'arrière-garde de la médecine dite sociale.

II

la politique de la santé

Dr Biot. — Je voudrais revenir sur le problème de la politique de la santé, car c'est important. On s'aperçoit effectivement que le gouvernement n'a jamais proposé de programme politique concernant la politique de la santé, ni à court terme, ni à long terme, ni à moyen terme. On s'aperçoit aussi qu'actuellement, cette politique a l'air d'être déterminée et conduite par les caisses de Sécurité sociale qui sont un véritable Etat dans l'Etat. Par-dessus le marché, il faut quand même le relever, ces caisses de Sécurité sociale bénéficient d'une gestion assez particulière, puisque les conseils d'administration sont actuellement occupés en majorité par le Centre national du patronat français (C.N.P.F.) et par Force ouvrière (F.O.), qui représentent une fraction quand même minime des assurés sociaux, les autres ayant assez peu voix au chapitre.

une absence de politique...

Alors, je crois que cette absence de politique de la santé est extrêmement grave. On a parlé d'un avenir : mais un avenir, cela signifie, entre autres, des possibilités d'investissement. Or, il est absolument impossible, pour un groupe médical, de vouloir mettre en place une structure lourde, quelle qu'elle soit, sans avoir une garantie concernant les possibilités pour ses remboursements, par exemple. On nous propose actuellement une nouvelle convention pour quatre ans. Mais qui va faire des investissements lourds avec seulement une garantie de quatre ans, et en ne sachant

absolument pas ce qui se passera ensuite ? Donc, pour parler de l'avenir de la médecine, je me sens assez proche de la position du Dr Prunier, qui voit cet avenir dans une relation très proche entre le médecin et son malade, d'une part, et la possibilité de soins techniques à proximité, d'autre part. On pourrait souhaiter ainsi — mais c'est peut-être un peu utopique — de petits hôpitaux locaux, petits hôpitaux d'arrondissement, petits hôpitaux de quartier, où pourraient se faire des bilans. Pas besoin de bilans hypertrophiés, comme ceux pratiqués dans les grands centres hospitaliers, hyperscientifiques : on pourrait se contenter de bilans assez classiques pour les diabétiques et les hypertendus, pour les malades que nous, praticiens, nous sommes parfaitement aptes à soigner, mais pour lesquels nous avons besoin d'examens complémentaires un peu poussés que nous ne pouvons pas toujours réaliser. Cet avenir, je le vois dans une articulation de la médecine libérale, presque la médecine de cabinet de type individualiste que l'on connaît maintenant, avec des centres techniquement valables mais proches et à visage humain, à dimensions humaines. Or, cet avenir est pratiquement bouché pour le moment.

... ou une politique inavouée

Dr Junod. — Pour moi, je pense qu'il y a bel et bien une politique de la santé ; seulement, elle ne dit pas son nom. Elle existe, puisqu'on assiste à certains choix budgétaires, et ceux-ci sont directement le reflet de préoccupations politiques. C'est à ce niveau, celui des choix budgétaires, que se mesure et se qualifie une politique. De l'argent dépensé par eux depuis quinze ans, qu'ont fait les gouvernements successifs ? Ils ont utilisé cet argent à de bonnes réalisations : humanisation de certains hôpitaux, par exemple ; mais aussi à des choses plus discutables : création de gigantesques centres hospitaliers, centrés sur un appareillage de pointe, ce qui revient à diviser un peu plus le malade en tranches. Aussi, lorsqu'on réfléchit aux problèmes de prévention et à l'organisation actuelle des soins, on s'aperçoit que le malade devient une sorte de mosaïque, qu'il ne sait plus bien lui-même où il en est — et cela, dans des systèmes qui sont très loin de la chaleur humaine dont chacun de nous a besoin lorsqu'il se sent atteint dans sa santé.

l'emprise progressive du système public

Dans la même ligne, nous assistons à une emprise progressive du système public sur la profession. Ainsi les hôpitaux deviennent de plus en plus

importants, ils prennent en charge de plus en plus de choses : l'hôpital public étend de plus en plus ses ramifications sur la population. De même relève de plus en plus du secteur public l'organisation des urgences, en même temps que la notion d'urgence s'étend de plus en plus. Même dans les expériences citées en exemple, comme l'hospitalisation à domicile, le médecin de quartier ou de village, le médecin de famille est exclu au bénéfice du grand chef de service hospitalier.

Tout ceci pour vous dire qu'actuellement le secteur public a une propension tentaculaire, avec le corollaire immédiat qu'est le non-respect du libre choix, ce que la population accepte mal. De ce fait, le secteur privé voit petit à petit son champ d'activité se réduire comme une peau de chagrin.

la profession doit battre un peu sa coulpe

Or, face à cela, qu'a fait la profession ? Eh bien la profession, à mon avis, doit quand même battre un peu sa coulpe. Car, à regarder certains chiffres, on a de quoi s'inquiéter. On s'aperçoit par exemple que la densité du corps médical sur l'ensemble du pays est fort disparate : quatre-vingt-cinq médecins pour cent mille habitants en moyenne, je crois, dans la région de Picardie contre quatre cent quatre-vingt-deux médecins pour cent mille habitants à Paris. Ce sont les deux extrêmes, la moyenne nationale étant de cent quarante médecins pour cent mille habitants. Il est certain que la profession en tant que telle doit se ressaisir face à cette anarchie et faire des propositions extrêmement précises pour corriger ces disparités ; car la liberté d'installation, qui est effectivement une chose essentielle, ne doit pas engendrer le fait qu'une partie de la population ne puisse pas avoir accès à des soins de qualité. J'ai pris cet exemple, car il est assez voyant et clair ; et je crois que la profession a les moyens, dans la mesure où elle fait sien ce problème, d'inciter les jeunes et de favoriser leur installation dans les zones sous-médicalisées. Ce qui ne décharge pas le gouvernement de ses responsabilités propres en la matière.

Autre exemple : il est certain qu'actuellement, il existe une gabegie certaine en matière de consommation médicamenteuse ou de prescription d'examens complémentaires. Mais pourquoi ? Il faut ici prendre garde à la formation professionnelle de nos futurs confrères. Ces jeunes sont formés dans un milieu purement hospitalier, qui n'est plus l'hôpital d'antan, où l'on rencontrait toutes les sortes de malades, alors que maintenant, ce sont des malades triés sur le volet. Car, au plan technique,

l'hôpital n'est plus le refuge du malade pauvre (et offrant pour autant tout l'éventail de la pathologie), mais c'est maintenant le lieu d'une médecine hautement scientifique. Nous assistons ainsi à la disparition progressive de tous les services de médecine générale du système hospitalier. Les jeunes médecins sont donc formés par des gens qui sont non seulement des spécialistes, mais souvent des hyper-spécialistes : autant dire qu'ils sont très peu ou mal formés pour la pratique générale. Là aussi, la profession a une réponse à faire (et nous tentons de la faire dans la région lyonnaise, avec certes des faux pas — mais ce qu'il faut considérer, c'est le but poursuivi) ; ne faut-il pas que des praticiens en exercice soient en mesure d'enseigner et de montrer aux jeunes ce qu'est le travail quotidien du médecin, « sur le tas » ? Il faut aussi tenir compte, évidemment, du problème économique. Dans la gigantesque foire aux médicaments offerte aux médecins (douze mille spécialités en France pour à peine trois mille produits actifs !), il y a un nouvel état d'esprit à introduire : avoir un souci d'efficacité, c'est-à-dire, à efficacité égale, prescrire le produit le moins cher.

Ceci dit, je ne pense pas que la profession ait démérité. On nous accuse d'être responsables de la faillite du système : c'est faux. Si faillite il y a — et quand même, dès lors qu'il y a déficit, il faut bien reconnaître qu'on est en face de graves difficultés —, les médecins n'ont pas à refuser toute parcelle de responsabilité. Il faut que nous réagissions en présentant des propositions concrètes ; mais inversement, il ne faut pas nous mettre sur le dos ce qui revient à l'Etat, et en particulier son refus de donner les directives, de fixer des choix économiques précis pour les cinq ans qui viennent.

III

la médecine aux médecins ou à l'ensemble de la population ?

Q. — *Ce qui semble ressortir, entre autres, de l'ensemble de vos interventions, c'est une défense toujours très vive de votre profession, et plus précisément encore, la revendication qu'il vous appartient, à vous médecins, de définir l'ensemble de la façon de procéder pour les soins à donner à la population. Dès lors, la question se pose : d'autres n'ont-ils pas quand même leur mot à dire ? Comment envisagez-vous cette question ?*

l'ombre d'illich

Dr Prunier. — Vous faites allusion, je pense, à la thèse d'Illich selon laquelle il convient de « démédicaliser » une partie de cette connaissance médicale que la médecine entend garder — en ce sens, on parle de « pouvoir médical ». A mon avis, on dépasse un petit peu, en parlant de la sorte, le niveau moyen de la population. Pour la plupart des gens, la question est que le malade a besoin du médecin, et qu'il a non moins besoin d'avoir confiance en son médecin. Cette confiance suppose que l'on puisse choisir librement son médecin. Si on impose le médecin au malade, la confiance sera moindre, et il y aura malaise. Nous, ce que nous réclamons, c'est de pouvoir écouter et satisfaire la demande de la population. D'ailleurs, et tous mes confrères généralistes vous le diront, cette demande, pour une large part, n'est pas que médicale. De plus en plus nombreux sont les malades qui viennent nous trouver parce qu'ils ont besoin de confier certains problèmes, parce qu'ils veulent discuter...

Dr Fradin. — On remplace le prêtre.

Dr Prunier. — C'est une part importante de la demande.

Pour la structure dans laquelle j'exerce, on peut considérer que c'est une collectivité de malades qui nous emploie. Personne n'est obligé d'adhérer à une mutuelle. Et tous les responsables sont élus à leur poste. Nous sommes employés par nos malades, et ils ont leur mot à dire. Les malades organisés dans le cadre d'une telle mutuelle laissent aux médecins le libre choix de leur forme d'exercice : au niveau de la prescription, de l'organisation de notre travail, de nos heures et des gardes à faire, nous sommes totalement libres. Nous en discutons dans des réunions publiques avec nos mutualistes, ces problèmes y sont donc débattus, et les mutualistes ont grande confiance dans la façon dont nous, médecins, nous voulons travailler.

le généraliste, parent pauvre de la médecine

Par contre, ce que je refuse en tant que médecin, c'est qu'on essaye de transformer la profession en une espèce de magma informe où toute la population pourrait avoir accès à certaines bribes de connaissance. On a beaucoup parlé des « médecins aux pieds nus ». Un « mandarin » y a fait référence, en disant d'ailleurs des choses très justes sur beaucoup de problèmes. Il a parlé de la formation des généralistes et de ce mandarinat tout-puissant... Mais bien souvent, pour la population, la médecine, c'est quoi ? C'est la grande médecine hospitalière, dirigée par de grands

mandarins hospitaliers ; et quand on demande l'avis des médecins sur tel ou tel problème, on entend soit l'avis du président de l'Ordre, soit celui d'un très grand patron d'un grand service de pointe qui fait de la recherche en chirurgie. Par contre, on n'entend pas souvent le médecin qui est au contact du malade. Il ne reste à celui-ci qu'à prescrire ce qu'il peut, si possible des médicaments, et à les prescrire en quantité impressionnante, parce qu'il n'a pas eu le temps de se former, et qu'il est de plus en plus matraqué par une publicité pharmaceutique éhontée. Tout à l'heure, Junod parlait de gaspillage, de la gabegie des prescriptions. Mais d'où vient cette gabegie, ces médicaments prescrits en trop grande quantité ? Du manque de temps. On prescrit souvent moins de médicaments ou d'examens complémentaires quand on a le temps de discuter avec le malade, de le connaître dans son milieu, dans sa pathologie, quand on a le temps de l'examiner. Mais quand vous voyez vingt-cinq ou trente personnes dans une matinée, comme cela arrive à certains d'entre nous, contre leur gré — car ce n'est pas l'amour de l'argent qui fait se précipiter les médecins pour voir le plus de malades possible, c'est pour répondre à la demande —, à ce moment, c'est la prescription qui l'emporte, parce qu'il faut parer au plus pressé.

éducation du public et insuffisance du pouvoir médical

Q. — *Comment sortir de ce cercle vicieux ? Une des tâches fondamentales du médecin ne serait-elle pas d'éduquer les gens dans leur recours même au médecin ?*

Dr Biot. — Oui : je crois que nous devons avoir cette préoccupation, dans une vue d'ailleurs extrêmement large de la médecine préventive. Vous êtes un peu inquiet du pouvoir médical qui vous semble exagéré, et nous, médecins, nous avons au contraire l'impression que ce pouvoir médical est minoré par rapport à ce qui est nécessaire dans ce pays. Il y a certes un travail d'éducation du public qui est à mener en profondeur : sur sa façon de vivre, de manger, de boire, de fumer... Mais il faut aller beaucoup plus loin : c'est un problème qui concerne l'organisation générale d'une société. Quel est le pouvoir médical dans l'organisation d'une ville, alors qu'on laisse construire des villes qui sont pathogènes ? L'urbanisme est aujourd'hui quelque chose de pathogène. Faire un trajet d'une heure ou une heure et demie le matin pour aller au travail, réveiller un nourrisson de six ou huit mois à six heures du matin pour le mener à une crèche parce que la maman travaille à sept heures et demie ou huit heures, ne croyez-vous pas que, ça aussi, c'est pathogène et source de

conflits ? Il faudra ensuite faire soigner ce gosse par l'orthophoniste, le rééducateur, le psychiatre, etc. En réalité, c'est l'organisation tout entière d'une cité qui est en cause. Bien sûr, je ne pense pas qu'un ministre-médecin devrait tout régenter, et régler l'ensemble des problèmes d'organisation de la vie. Mais ce pouvoir médical, qui vous semble exorbitant, me semble à moi trop restreint. Il est sûr, par exemple, que le rôle du médecin serait très important au Conseil économique et social pour tout ce qui concerne l'organisation de la cité et de la société en général.

En ce qui concerne nos problèmes actuels, vous avez l'impression que nous voulons tout régler entre nous, médecins, sans négocier avec les autres parties prenantes. Non : nous acceptons bien la négociation, mais celle-ci bute toujours sur des questions de budget. Dès qu'on veut parler d'organisation de la société, de la médecine en général, on nous jette à la tête des problèmes de déficit, de coût de la santé, etc.

pour une médecine légère, proche des gens

Dr Junod. — Concernant l'avenir, je voudrais vous montrer que nous ne sommes pas sur une réserve prudente et corporatiste. J'exerce en groupe ; c'est un choix, et le gouvernement y encourage beaucoup — verbalement. Compte tenu du nombre considérable de jeunes médecins arrivant chaque année, on pourrait prévoir l'ouverture de quatre à cinq cents maisons médicales : nous avons chiffré la dépense et nous avons mis en place les structures nécessaires à cette promotion. Pourquoi le gouvernement ne passe-t-il pas des bonnes paroles aux actes ?

Pour vous donner une idée de ce qui pourrait se faire, je vous dirai qu'actuellement j'exerce dans un groupe où nous sommes quatre généralistes. Nous avons le courage, probablement pas très commun, de limiter notre nombre d'actes par jour. Aucun de nous n'atteint trente actes. Nous faisons ce que vous, Prunier, faites dans les centres de santé. Vous, vous avez un déficit important en fin d'année qui est couvert par les mutualistes ; nous, nous ne pouvons pas nous le permettre : sinon il n'y aurait plus qu'à fermer la maison. Pour pouvoir continuer un exercice de qualité, nous nous contentons de revenus dont j'affirme — et je suis prêt à vous le prouver — qu'il est pour certains d'entre nous inférieur à celui de certains ouvriers spécialisés. D'autres médecins gagnent un peu plus en travaillant plus longtemps : c'est anormal, et inquiétant pour l'avenir. Car admettez que, sur huit mille médecins, vous ayez quatre ou cinq cents enthousiastes, il en reste sept mille cinq cents auxquels on ne peut demander de tels sacrifices. D'autant que la plupart d'entre nous font

leurs investissements uniquement par des emprunts qui pèsent lourdement sur nos vies familiales pendant un grand nombre d'années. Or, que répond le gouvernement à tout cela ? Il répond qu'il n'y a rien de mieux que la médecine exercée en groupe, et qu'il va trouver réponse à tous nos problèmes. Mais quand nous proposons la construction d'une maison médicale en une zone rurale sous-médicalisée, nous sommes renvoyés au marché habituel des emprunts à 12, 13 ou 14 %. Avec des consultations à trente francs, c'est nous encourager, si nous construisons, à faire de la médecine au rendement pour faire face au financement de l'entreprise. C'est une catastrophe. Nous attendons en conséquence du gouvernement qu'il dise clairement s'il veut d'un tel type d'exercice de la médecine, et qu'en ce cas il prenne les dispositions nécessaires.
Ce que nous préconisons, c'est la création de petites unités de soins en liaison étroite avec des unités d'hospitalisation peu lourdes, proches du domicile du malade. Nous pensons que c'est ainsi que les Français auront le plus de chances de continuer à bénéficier de soins de qualité, en choisissant librement leur médecin, car cette relation personnelle nous paraît indispensable pour une bonne qualité de l'acte médical. Cela ne veut pas dire, comme vous semblez le croire, que nous voulons monopoliser la responsabilité de la santé en France à tous niveaux. Pas du tout : nous en avons la responsabilité *technique.* Et nous poursuivons des objectifs liés à notre conception profonde de notre rôle au service de l'individu. Comprenez bien que si on me proposait un salaire de sept ou huit mille francs par mois, voire dix mille, comme celui d'un ingénieur qui devient chef de service, à titre purement personnel, égoïste, je serais le plus heureux des hommes. Mais nous nous battons pour autre chose. Si nous acceptons les sacrifices financiers que je vous disais, c'est pour sauvegarder la relation personnelle médecin-malade et l'indépendance professionnelle. Nous nous battons pour autre chose que nos intérêts personnels ; nous en avons, bien sûr, mais notre combat va bien au-delà. Et les Français auront l'organisation médico-sociale qu'ils voudront, ce n'est pas nous qui allons en décider.

Dr Fradin. — Les Français auront l'organisation médico-sociale qu'ils mériteront.

Dr Junod. — Oui, qu'ils mériteront par leurs élus et leurs représentants.

dialoguer avec tous les responsables

Nous ne pouvons pas discuter avec chaque malade — ou futur malade... Par contre, il y a des représentants des malades : où les trouve-t-on ? Au

niveau des pouvoirs publics, des mutuelles, de la Sécurité sociale ; théoriquement, notre unique interlocuteur, c'est cette dernière. Mais qu'est-ce que la Sécurité sociale ? En 1967, les élections ont été remplacées par un système de désignation, les médecins ont été éliminés des conseils d'administration, et on a créé la parité entre le Centre national du patronat français et toutes les organisations syndicales. En réalité, nous assistons à une alliance de fait entre une centrale minoritaire : Force ouvrière, et l'organisation patronale. Cette organisation patronale a dit et écrit qu'il faut faire des économies sur la santé, qu'il n'est pas pensable de consacrer à la santé plus de tant pour cent du produit national brut, etc. Cet organisme, la Sécurité sociale, ne peut plus poser dès lors en représentant de l'ensemble des consommateurs de médecine (passez-moi cette expression, que d'ailleurs je n'aime pas). Il s'agit donc maintenant d'un combat entre cet organisme et nous, entre des gens finalement condamnés à s'entendre ; et ce combat porte sur deux conceptions très opposées du rôle du médecin : notre conception implique service de l'individu, libre choix et indépendance, la leur consiste à limiter les dépenses. Voilà une des raisons pour lesquelles il y a crise. Nous avons, nous, praticiens, à dialoguer avec tous les autres responsables de la santé, et à raison de nos responsabilités techniques, il n'est pas possible d'élaborer l'avenir sans nous. Ce n'est pas envisager l'avenir de façon corporatiste.

Dr Fradin. — Il y a une chose que vos lecteurs doivent savoir : d'après les statistiques de 1975, sur cent francs de cotisation d'assurance-maladie, la moitié serait consacrée au budget de l'hospitalisation. C'est dire que lorsqu'on veut bouleverser les structures médicales en France en invoquant les nécessités économiques, on tape à côté, car ce qui coûte cher, ce n'est pas la médecine de cabinet, c'est l'hôpital. Cela devient invraisemblable : si vous êtes ramassé dans la rue par les pompiers parce que vous avez eu un malaise, vous êtes conduit au pavillon d'urgence de l'hôpital Edouard-Herriot. Là, si vous séjournez vingt-quatre heures, le coût sera de mille et quelques francs ; si vous êtes dans une unité de soins intensifs, les prix avoisinent ces chiffres. Il n'y a aucune commune mesure avec les honoraires que l'on attribue au médecin de médecine générale. Il faut en prendre conscience, avant de mettre par terre un système qui fonctionne, pour le remplacer par quoi ?

du bon usage des médicaments

Quant à la campagne menée à la suite d'Illich contre la médecine « pathogène », par l'usage des médicaments qu'elle prescrit, usage consi-

déré comme dangereux, il faut là aussi prendre garde. J'exerce depuis trente ans. J'ai vu mourir des gens qui s'en tireraient parfaitement aujourd'hui, grâce aux antibiotiques, anticoagulants, corticoïdes, etc., dont nous ne disposions pas à ce moment. Grâce aux vaccins, il n'y a pratiquement plus de diphtérie ni même de tétanos, et la poliomyélite est en train de disparaître. Quand on écrit dans de grands journaux que les médicaments ont fait du mal, on commet une mauvaise action, car on tend à créer le doute chez le malade. Demain, celui-ci se dira : « je vais faire une sélection dans les médicaments prescrits sur mon ordonnance, voir un peu celui qui convient et pour cela, je vais consulter un dictionnaire médical ». C'est très grave, car il y a des moments où les médicaments sont indispensables, nous leur devons un nombre respectable de survies, et une qualité de survie incomparable. Alors, ne nous laissons pas aller à une critique systématique. Nous, médecins, sommes les premiers à savoir que les médicaments peuvent être dangereux, qu'en utilisant des médicaments actifs, on prend des risques. Exactement comme lorsque vous montez en automobile : vous prenez des risques — plus sérieux encore qu'en prenant des médicaments !

Dr Biot. — Je crois aussi qu'on peut à bon droit insister sur le manque de confiance actuel, qui va peut-être encore beaucoup plus loin. Actuellement, plus possible de rédiger une ordonnance sans qu'elle soit discutée pied à pied, alors que, en montant dans un avion, les gens ne se précipitent pas au poste de pilotage pour discuter de l'itinéraire et de l'altitude à prendre, ou s'il faut pousser un peu plus à droite ou à gauche telle manette. Vous avez les fanatiques des antibiotiques, qui en réclament si vous n'en avez pas marqués sur leur ordonnance, et vous avez ceux qui ne veulent pas en entendre parler, même s'il est impératif de leur en donner. On se trouve soumis à une sorte de double tir de barrage qui rend le travail du médecin extrêmement délicat et difficile.

Maintenant, d'où vient cette crise de confiance ? Il faut quand même le dire : elle provient pour une part d'un certain nombre de médecins qui ont gâché le métier en ne faisant pas d'examen clinique suffisant. Combien de fois ne constate-t-on pas l'étonnement d'un malade auquel on demande de se déshabiller, parce que ce n'est pas la coutume ! Il y a là une autocritique très sérieuse que doit faire la profession — encore que cette situation soit plus ancienne que le conventionnement de la médecine.

D'autre part, la médecine praticienne courante a été dévalorisée, non seulement par des médecins qui l'ont pratiquée de façon trop légère, mais

aussi, et là de façon systématique, par les hospitalo-universitaires, avant de l'être par la Sécurité sociale et le gouvernement.

Dr Prunier. — Oui, il y a sous-valorisation de l'acte médical. Il faut d'ailleurs noter que si le médecin voit son malade en trente secondes après lui avoir fait déboutonner trois boutons, c'est qu'il n'a pas le temps de l'examiner à cause des vingt-cinq autres personnes qui sont dans la salle d'attente.

la médecine préventive n'est pas payée

Je voudrais aussi dire deux mots sur la prévention. Dans notre forme d'exercice, nous avons crié sur tous les toits que nous voulions relier la médecine de soins et la médecine préventive. Mais nous nous heurtons à la réalité du paiement à l'acte. Le médecin salarié d'un organisme comme l'Union des mutuelles des travailleurs de la région Rhône-Alpes (U.M.U. T.R.A.) est effectivement payé par l'ensemble des actes qui rentrent, mais qui sont directement payés par la Sécurité sociale : c'est le paiement à l'acte différé. Si je prends une ou deux matinées par semaine pour aller faire de l'éducation sexuelle dans un C.E.S., comme ce fut le cas l'an passé à Vénissieux, ou pour faire de l'éducation sanitaire auprès des nourrices d'un quartier, afin de leur expliquer comment prendre la température ou ce qu'il faut faire quand un gosse a la diarrhée, eh bien pendant tout ce temps-là il n'y a pas d'argent qui rentre dans les caisses de l'organisation qui m'emploie. Si tous les médecins qui sont salariés chez nous veulent faire de même, on arrive alors à aggraver un déficit qui est le fait de la médecine générale. Simplement parce que la médecine préventive n'est pas payée.

Or, pour arriver à faire quelque chose de constructif, qui puisse se développer, il faut des structures de prévention où tous les médecins puissent collaborer, sans que ce soit à leurs frais et sans que ce soit pour eux pure affaire de seule bonne volonté, car dans ces conditions ça ne marchera jamais. Non pas, encore une fois, que les médecins soient particulièrement âpres au gain, mais enfin, toute activité utile à la société doit être rémunérée.

l'expérience de la villeneuve de grenoble

En ce qui concerne la prévention, on a l'exemple de la maison médicale de la Villeneuve de Grenoble, réalisation de la Mutualité française de l'Isère et de la Mutuelle des travailleurs de l'Isère. La municipalité four-

nit les locaux pour un loyer symbolique de un franc ; il y a une équipe pluridisciplinaire, généralistes, gynécologues, gastro-entérologues, etc. : treize médecins actuellement. On a beaucoup parlé à son sujet de déficit. En réalité, au départ, pendant deux mois, il n'y a eu que très peu de malades à venir consulter, ce qui a causé le fameux déficit. Mais en fait, depuis un an, cette maison médicale, sans être bénéficiaire, ne perd pas d'argent.

Justement, l'équipe de la Villeneuve a essayé de faire de la prévention, au sens assez large d'information et éducation sanitaires : mini-conseils avec pédiatres, gynécologues, généralistes ; réunions des mères du quartier intéressées, des nourrices, de toutes les personnes touchées par les problèmes de la petite enfance. Au départ, ils ont eu dix ou quinze personnes, puis rapidement soixante, quatre-vingts, quatre-vingt-dix... Les informations circulaient entre les demandeurs, une mère posait une question au médecin, et avant que celui-ci ait répondu, une autre mère disait ce qu'elle faisait dans ce cas, puis une autre donnait son avis : finalement, les médecins présents avaient assez peu à intervenir, sinon pour dire quelle était la bonne information. La population du secteur avait donc le moyen de confronter un peu ses connaissances, et les médecins libéraux du secteur étaient prêts à collaborer. Mais ces activités prenaient du temps : une matinée par semaine, puis deux ou trois, et pendant ce temps aucun argent ne rentrait. Il a fallu limiter l'expérience, malgré une subvention de dix, puis quinze millions allouée par l'A.D.A.S. de l'Isère pour ce type de prévention.

La même équipe médicale a fait aussi une autre expérience de dépistage des cancers du sein, par un film utilisant le circuit intérieur de télévision que possède la Villeneuve. Sur six mois d'expérience, on a pu dépister une vingtaine de tumeurs malignes grâce à cette information. Mais pour pouvoir faire cela, les médecins ont travaillé le soir, la nuit, en plus de leur travail habituel ; il est évident que des activités de ce genre devraient être rémunérées à leur juste prix.

Dr Biot. — Actuellement, il n'existe pas de conception d'ensemble des soins en général. Jusqu'à présent, on a fait des soins ponctuels, on prend les malades cas par cas ; mais on ne s'est jamais préoccupé, ni au niveau du corps médical, ni au niveau des organismes directeurs, de la prévention.

Vous dites qu'à la Villeneuve, il a fallu recourir à une subvention. Je trouve tout à fait anormal que la Santé publique n'arrive pas à s'autofinancer et qu'on soit obligé d'avoir un financement en provenance d'une

municipalité, d'un département ou autre. Avec la masse d'argent que touche la Sécurité sociale — 40 % des salaires, ce qui est énorme —, il est invraisemblable et illogique qu'on ne puisse dégager les sommes nécessaires, non seulement à l'organisation des soins, mais aussi à celle de la prévention. C'est toute l'organisation de la santé qui est à repenser en profondeur.

IV

---

fonctionnariser la médecine ?

Q. — *Vouloir que ces activités préventives soient rémunérées, ne serait-ce pas s'acheminer vers une forme de salariat et, à la limite, vers une fonctionnarisation des médecins ?*

Dr Biot. — On pourrait imaginer un système de vacations sans aboutir nécessairement à un système de fonctionnarisation.

D'ailleurs, fonctionnarisation, c'est un grand mot qu'on voit apparaître de temps en temps. Des expériences ont été faites : Education nationale, P.T.T., S.N.C.F., Hôpitaux... Alors, encore une nouvelle structure pour la santé, coiffée par une autorité étatique, budgétaire, qui voudra faire des économies, comme on en fait à tout prix sur l'Education nationale, du primaire au supérieur ?

tranquilles comme baptiste...

Si nous devenons des fonctionnaires travaillant quarante heures par semaine, tranquilles comme Baptiste, sans responsabilité ni culpabilité pour quoi que ce soit, nous serons probablement très heureux, mais nos malades le seront peut-être moins, car on se trouvera devant un problème permanent de restriction de crédits.

Alors, vous me direz : on ne peut pas tout faire. C'est vrai. Raison de plus pour faire des choix, qui sont des choix de société, de civilisation.

Dr Fradin. — En fait, je pense que la France dispose, dans le cadre conventionnel, d'un des meilleurs systèmes de santé actuellement réalisés. Encore faut-il le respecter. On peut d'ailleurs rappeler ici qu'il est inscrit dans la loi. En effet, un article de la loi de juillet 1971 stipule qu'en France la médecine est une médecine libérale, et que doivent être respectés les quatre principes fondamentaux inscrits dans la charte, soit : le libre choix du médecin par le malade, le secret professionnel, la liberté de

prescription et le paiement direct des honoraires. Si, comme on y pense, un dispositif de tiers payant est effectivement mis en place, cela représentera un effort supplémentaire non négligeable de la part des médecins en faveur des malades.

le médecin de famille

Il faut bien voir les problèmes en toute objectivité et sérénité : le système social français n'est pas mauvais. On peut lui reprocher d'être trop onéreux ; mais moi, je dis que ce qui coûte cher, c'est l'hospitalisation. Au niveau de la médecine générale, du médecin de famille... « Médecin de famille » ! L'expression n'a pas encore été prononcée. Le médecin généraliste, c'est le médecin de famille, le conseiller des familles, le monsieur qu'on vient consulter non seulement parce qu'on a mal à la tête ou au ventre, mais finalement parce qu'on a des problèmes, et qui remplace quelquefois le ministère jadis rempli par les ecclésiastiques. On vient un peu se confesser chez le médecin, trouver l'apaisement : c'est vrai, et vous le savez.

Donc, il faut bien mettre les choses au point. La médecine générale n'est pas rentable parce qu'on n'a pas voulu reconnaître sa juste place. Le système des cliniques privées est également en difficulté aujourd'hui. Il faut le savoir : dans une ville comme Lyon, que je connais bien, la plupart des cliniques sont en sursis et pourraient demain fermer leurs portes pour cause de faillite si les médecins ne bouchaient les trous en prenant sur leurs honoraires. Cela non plus n'est pas normal.

paiement à l'acte ou paiement à la fonction

Q. — *De nombreux médecins semblent établir un lien extrêmement fort entre la liberté de choix du malade et le paiement à l'acte. Partagez-vous cette opinion ? Le système du paiement à l'acte ne peut-il pas être, lui aussi, pour certains médecins, une incitation au rendement ?*

Dr Fradin. — La Sécurité sociale a prévu la mise en place de ce que l'on appelle les « profils », qui sont en réalité des statistiques permettant de contrôler l'activité de chaque médecin. Ce soin est dévolu à des commissions paritaires, composées pour moitié de représentants des syndicats médicaux et pour moitié de représentants des conseils d'administration de la Sécurité sociale. Il y a donc en place un dispositif permettant le contrôle de la médecine à l'acte.

Je pense que celle-ci est la meilleure façon d'obliger le médecin à donner le meilleur de lui-même du fait que, pour chaque acte, il est mis en question, obligé à cela, sous peine de voir le malade se dire : « Ce médecin s'est moqué de moi, il ne m'a même pas examiné. Après tout, je suis libre de mon choix, je vais donc aller ailleurs ».

Dr Prunier. — Je ne crois pas, pour ma part, que le fait d'être payé à l'acte entraîne une qualité de cet acte. Le médecin se remet en cause quand il fait un acte, mais pas forcément quand cet acte lui est payé. Je suis salarié, payé à la fonction. Les médecins payés à la fonction ont exactement la même qualité d'exercice que les médecins payés à l'acte. Ce serait faire injure à nos confrères de dire qu'ils font de la bonne médecine parce qu'ils sont payés à l'acte. Je pense qu'ils font de la bonne médecine parce qu'ils aiment leur métier, parce qu'ils sont près de leurs malades, parce qu'ils ont conscience de leur rôle social. Au contraire, je croirais plutôt que le paiement à l'acte risque d'être une gêne, parce qu'il implique la parcellisation des actes médicaux. Il faut trouver une forme de rémunération, et la rémunération à la fonction est certainement la meilleure possible. Le problème est alors celui de la qualité de l'employeur : qui va payer ? Problème non résolu.

Dr Fradin. — Dans un pays comme la France ou les pays occidentaux, le malade est heureux d'acquitter des honoraires : il fait un geste de liberté. Et le médecin, de son côté, lorsqu'il a fait son travail, n'a pas à rougir de recevoir le... comment dirais-je ? le prix de son effort.

les praticiens, la liberté et l'argent

*Il importe que les patients, présents ou potentiels, sachent qu'une poignée de praticien
voient, dans une refonte du régime en vigueur, une solution possible à la crise de confian
ce actuelle, repensée d'abord en fonction des vrais besoins des malades. Ils doivent savoi
qu'il existe quelques idéalistes, mis au ban des médecins, quelques « faux purs », comme le
appellent les dépositaires de la pureté, qui jugent leurs propres privilèges (et plus encor
ceux de ces derniers) exorbitants, anachroniques et indécents ; qui voudraient que leur
confrères en fussent au moins conscients, par élémentaire pudeur ; ensuite, qu'ils s'em
ploient, avec courage et réalisme, à réviser l'imagerie bien trop flatteuse qu'ils ont façon
née d'eux-mêmes, sans jamais se remettre en question. Et si nous commencions par nou
interroger... La médecine libérale est au bord du gouffre, dites-vous ? Et qui l'y précipit
sinon les médecins eux-mêmes ?*

*Les médecins... Encore une généralisation simpliste à éviter assurément. Il y a médecins e
médecins, les forts et les pas forts, les gradés et la piétaille, les seigneurs et les vassaux. Quo
de commun, sans doute, entre le souverain hospitalier aux opulents « lits privés » et l
médecin de campagne et ses grabats ? Quoi de commun entre le cardiologue des beau
quartiers à infarctus et l'omnipraticien de quartier tout court et ses soixante-douze heu
res par semaine de présence harassante ? Quoi de commun entre les médecins salarié
et ceux qui se sentiraient avilis de l'être ? Quoi de commun entre la médecine de pro
fit et celle conçue comme un service public ? Et qui oserait douter que maints méde
cins ont une vie qui n'est pas une vie ? Comment en changer sans tout changer à la base
sans revoir le fondamental problème de l'argent ?*

*Que beaucoup soient lésés, à cause de l'inflation, par la « non-revalorisation de leurs let
tres-clés », c'est l'évidence même. Mais quoi ! Il y a plus malheureux.*

*Et puis enfin, si le système actuel comporte à l'égard des médecins tant d'injustices, tan
de dédain pour leur condition, tant d'ingérences insupportables des « caisses » et d
gouvernement pour lequel la majorité d'entre eux a voté en mai 74 avec l'espoir qu'i
leur éviterait « l'un des plus grands drames possible de l'histoire » (de la médecine
comme le disait un pince-sans-rire ; s'ils sont aussi traqués, brimés, pressurés que d'au
cuns le disent, pourquoi ces mêmes demeurent-ils solidaires de ce qu'ils présentent, pou
les besoins d'une mauvaise cause, comme un régime d'oppression, alors qu'une enquêt
récente révélait que la majorité des Français sont favorables à la nationalisation de l
médecine !*

Extrait d'une « libre opinion » du **dr christian bourde**
« Les praticiens, la liberté et l'argent », *Le Monde,* 7 janv
1976.

s'opposer à l'emprise du profit sur la médecine

1 — L'activité médicale doit cesser d'être synonyme d'activité commerciale. Le paiement à l'acte, incitation à une médecine « à la chaîne », doit être supprimé. Il est illusoire de penser, et dangereux de dire que l'augmentation du prix de la consultation permet aux médecins de mieux travailler et donc aux gens d'être mieux soignés. L'augmentation des « charges », la non-rémunération des autres activités médicales, la progression de la consommation, conduisent de toute façon à la multiplication des actes par le médecin libéral ou salarié (dispensaire par exemple).

2 — Les activités du médecin généraliste ne doivent plus être soumises aux pressions financières des banques de crédit.

3 — Il est intolérable que ce soit la politique du profit maximum et les lois du marketing qui président à la recherche et à la production des médicaments, et non les besoins sanitaires réels de la population.

4 — Enfin, la pathologie du travail est chaque jour plus développée et la lutte des travailleurs contre les mauvaises conditions de travail joue un rôle important dans sa prévention. Il est donc fondamental que l'activité médicale soit indépendante du pouvoir patronal, et en particulier, les médecins du travail. De la même façon, le contrôle médical exercé par des sociétés privées — type Securex — doit être condamné.

charte du syndicat de la médecine générale
19 et 20 avril 1975.

une médecine de classe

Tout se passe comme si la médecine prisonnière des rapports marchands et de l'idéologie dominante, ne voulait connaître les facteurs de maladie qu'au niveau individuel, sans remonter aux déterminants sociaux. C'est à ce niveau de profondeur du fonctionnement des structures qu'il importe de poser la question et d'engager l'analyse. Sinon l'effort de lucidité critique — fût-il le mieux intentionné du monde — risque bien d'être encore pris lui-même au piège de la logique des dysfonctionnements qu'il essaie de diagnostiquer.

Cliniques de riches et hôpitaux de pauvres ; accès inégal, en fonction du rang social et de la fortune, aux appareils, médicaments et thérapeutiques les plus coûteux ; pénurie de reins artificiels, de chambres stériles, de bombes au cobalt, de services de réanimation ; consultations à la chaîne (trois minutes par malade, y compris l'anamnèse, chez les médecins de caisse allemands) ou, au contraire, « colloques singuliers » d'une demi-heure et plus chez les médecins des beaux quartiers. C'est encore *cela* que l'on entend par « médecine de classe » dans la gauche institutionnelle. Je n'en parlerai pas, ou à peine. Non que les discriminations de classe, de rang, de fortune n'existent pas : mais quand elles existent, elles sont plus le fait *de* médecins *individuels* que *de « la »* médecine en tant qu'*institution* et que *système.*

C'est vrai, il y a toujours une médecine de riches et une médecine de pauvres (comme, d'ailleurs, des maladies de riches et de pauvres) ; mais c'est dans la mesure seulement où il y a *des médecins* de riches, et non en raison d'une dualité du système. Si les pauvres accèdent plus difficilement aux prestations de la médecine de pointe et aux médicaments extravagants par leur coût, ce n'est pas que le système les rejette : c'est seulement que, plus soumis pour des raisons sociales et culturelles à l'autorité de « leur » médecin, ils sont moins prompts à contester celui-ci et à rechercher le spécialiste qui prétendra les faire bénéficier de techniques inédites.

naïveté de cette vue trop superficielle

Les traitements que les riches se procurent de la sorte sont-ils mieux adaptés pour autant, et leurs médecins meilleurs ? Avez-vous des raisons de le penser ? N'y a-t-il pas autant de raisons de penser le contraire ? Ne serait-ce pas chez les médecins de riches que l'on a le plus de chances

de rencontrer des charlatans ? Ne sont-ce pas eux qui se font payer cher le diagnostic de malaises échappant à toute classification, et qui prescrivent des drogues chères dont l'effet (si l'on peut dire) est purement psychologique ? Le privilège d'avoir votre agonie prolongée de deux jours ou de deux semaines au moyen de prouesses techniques réservées, en effet, à ces « gens importants » dont le grand patron, à leur demande, expresse ou tacite, doit convaincre la famille qu'« on a fait l'impossible » — ce privilège ne serait-il pas une torture dégradante pour les soignants et pour les mourants, et non une faveur enviable ? Qui vous dit que les riches, qui se paient en effet une médicalisation plus extensive et plus coûteuse de leurs états, morbides ou non, sont *pour cela* en meilleure santé que les autres ? Ne seriez-vous pas victime de l'illusion que ce qui est plus cher est meilleur ? Savez-vous quelle est, selon une enquête encore inachevée du Dr. Brunetti, la *seule* classe sociale dont la santé physique et psychique apparaît supérieure, de façon mesurable, à la moyenne ? Les paysans, hommes et femmes [1].

Oui, je sais : les manœuvres et O. S. meurent dix ans plus jeunes que les patrons de l'industrie et du commerce. Mais qui vous dit que la médecine et les « dépenses de santé » soient une cause de la longévité des riches ? Ceux qui vivent le plus vieux, selon une classification par profession, ce sont les instituteurs et les prêtres. Ce n'est pas à la médecine que leur longévité est due.

I

la thérapeutique n'assure pas la santé

Pourtant, la chose est certaine : nous avons une médecine de classe. Seulement, ses caractéristiques de classe ne sont pas celles que l'on croit. Prenez le dernier fait évoqué : les espérances de vie inégales des différentes « professions ». La médecine s'est-elle jamais intéressée de façon systématique à éliminer les facteurs qui font que les ouvriers meurent les plus jeunes, et à généraliser les conditions de longévité des instituteurs et des prêtres ? Dira-t-on que le rôle de la médecine n'est pas là ?

1. La longévité des paysans est cependant réduite, dans les moyennes statistiques nationales, par un facteur indépendant de leur travail et de leurs conditions de vie : l'alcoolisme endémique dans certaines régions rurales. Cf. Alain LETOURMY, **Santé, environnement, consommations médicales**, Paris, Cérèbe, 1974.

Il faut alors se demander ce qu'*est* au juste la médecine. La majorité des médecins vous répondent : « La médecine est l'ensemble des sciences relatives à la biologie humaine ». Elle aurait donc pour objet de connaître les facteurs de santé et de morbidité, de permettre la maximation des premiers et la réduction des seconds à un minimum. Cette conception de la médecine était déjà celle d'Hippocrate.

la médecine : œuvre de tous, ou affaire de spécialistes ?

Si l'on retient cette définition, il en découle une conséquence pratique importante : la science médicale, c'est-à-dire la connaissance des facteurs de santé et de maladie, n'atteint sa pleine efficacité que si les professionnels qui élaborent cette connaissance n'en restent pas les détenteurs exclusifs. La chose tombe sous le sens : si le médecin est celui qui, parce qu'il ne cesse de les étudier, connaît le mieux les facteurs de morbidité et de santé, les premiers ne seront éliminés ou évités et les seconds, réunis au mieux, qu'à la condition que tout le monde soit informé des règles de base de la vie saine, et que ces règles, d'ailleurs variables dans certaines limites, entrent dans la culture et le mode de vie populaires. Cette intégration de la connaissance médicale dans la culture (au sens anglo-saxon du terme), c'est-à-dire dans l'art de vivre — qui est art de travailler, de rythmer les jours, de communiquer, d'aimer, d'élever les enfants, de protéger les vieux, de nettoyer et panser une plaie, de traiter une indigestion, de s'alimenter, de respirer, de se tenir propre, d'éliminer les déchets, de veiller à la qualité de l'eau et de l'air, etc. — : c'est ce qu'on appelait originellement « l'hygiène ». La connaissance des conditions de la santé ne peut être pleinement opérante que si elle est traductible et traduite en conduites « hygiéniques », que les gens adoptent *par eux-mêmes* pour conserver ou recouvrer la santé.

que faut-il promouvoir : l'hygiène ou la médecine ?

Vues sous cet angle, les victoires les plus marquantes remportées depuis cent cinquante ans par la médecine occidentale sont au premier chef des progrès de l'hygiène. Nous avons acquis les moyens et l'habitude de consommer une nourriture plus diversifiée et plus abondante, comprenant notamment des laitages et des fruits et légumes de toutes saisons ; d'éliminer beaucoup de bidonvilles et de taudis ; de dératiser et de désinsectiser ; de généraliser les égoûts et le traitement de l'eau potable ; d'aérer les locaux d'habitation et de travail ; d'employer du papier hygiénique ; de nous laver fréquemment les mains, etc. L'ensem-

ble de ces progrès de l'hygiène a été accompagné aussi d'un développement de l'appareil thérapeutique. C'est toutefois moins grâce à celui-ci qu'aux progrès de l'hygiène que l'état de santé de la population s'est amélioré de façon spectaculaire. En effet, si les progrès très réels de l'appareil thérapeutique ont permis de soigner de plus en plus efficacement les gens qui contractaient des maladies infectieuses, ce n'est pas grâce à la thérapeutique que le nombre et la gravité des épidémies a diminué et que certaines maladies ont complètement disparu, cependant que d'autres devenaient beaucoup moins fréquentes et sérieuses [2]. Ce n'est pas parce que la médecine sait traiter efficacement une maladie que de moins en moins de gens la contractent. C'est plutôt l'inverse qui est vrai : une thérapeutique efficace peut être appliquée avec succès à chaque cas à partir du moment seulement où la maladie perd son caractère endémique. Et elle perd celui-ci, non pas grâce aux traitements curatifs, mais grâce à l'élimination des causes sociales, économiques, écologiques, culturelles de la morbidité. Cela est évident pour toutes les maladies de carence, toutes les parasitoses, et pour l'immense majorité des maladies infectieuses qui, à de rares execptions près (dont la poliomyélite), s'attaquent d'abord aux individus affaiblis par la sous-alimentation, le surmenage, les conditions de logement insalubres.

II

les facteurs de santé et de maladie sont avant tout sociaux

Cette prééminence de l'hygiène sur la thérapeutique a fait l'objet d'une estimation chiffrée de la part de l'épidémiologue américain Charles Stewart : sur la base de comparaisons statistiques, les différences entre les espérances de vie dans le monde s'expliqueraient à raison de 85,8 %, par deux facteurs : les adductions d'eau potable et l'alphabétisation. Il va de soi que ces deux facteurs n'existent jamais isolément, mais sont aussi des indicateurs d'un progrès général de l'hygiène et du « bien-être ».

2. Ni grâce à la vaccination. A l'exception de la poliomyélite, les maladies infectieuses contre lesquelles la vaccination est obligatoire ont décliné suivant la même pente avant et après l'introduction de l'obligation vaccinale et, dans les pays de civilisation et de niveau de vie comparables, en l'absence et en présence de celle-ci.

En France, des séries de comparaisons statistiques faites en 1974 indiquent les facteurs suivants de meilleure santé : une augmentation de 10 % de la densité médicale fait diminuer la mortalité de 0,3 % ; une réduction de 10 % de la consommation de lipides fait diminuer la mortalité de 2,5 % [3].

Plus frappants encore sont les résultats d'une enquête sur les causes principales d'hospitalisation, réalisées dans un quartier pauvre de Chicago comptant soixante mille habitants. Ces causes sont, par ordre d'importance : les accidents de la circulation ; les agressions et violences ; les maladies vénériennes ; les accidents non liés à la circulation ; les bronchites ; les morsures de chiens errants, etc. Au total, 75 % des hospitalisations sont reconductibles à des causes sociales.

prévenir ou guérir ? la médecine en tant que science et en tant qu'institution

L'épidémiologie et la biologie des populations, qui sont partie intégrante de la science médicale, attestent ainsi avec la plus grande netteté combien est modeste le rôle de la médecine curative et combien est éminent le rôle du milieu, du mode de vie et de l'hygiène (au sens extensif indiqué plus haut) dans la lutte contre la morbidité et pour une meilleure santé. Or la médecine occidentale demeure réfractaire *en tant qu'institution* aux enseignements de la médecine *en tant que science.* Partout en Occident, la médecine curative n'a cessé de se développer incomparablement plus vite que l'hygiène et la prévention sociales, réduites à la portion congrue [4]. C'est dans cette contradiction que se révèle, à mon avis, le caractère de classe de la médecine. Il est peu d'exemples qui illustrent de façon aussi éloquente le fait que les connaissances scientifiques restent négligées et comme censurées lorsqu'elles ne cadrent pas avec les intérêts et avec l'idéologie de la classe dominante. Pis encore : ceux qui censurent et négligent les enseignements de l'épidémiologie et de la biologie des populations (disciplines quasi inexistantes en France) sont ceux-là même qui ont la charge d'incarner la science médicale dans des institutions et qui jouisssent du monopole

3. D'après Alain LETOURMY, **op. cit.**
4. La « prévention » se limite à des vaccinations qui, selon les études épidémiologiques, présentent pour la plupart plus d'inconvénients que d'avantages dans les pays « développés », et aux dépistages précoces dont le caractère aléatoire et la faible utilité ont été maintes fois démontrés. On trouvera à ce sujet une bibliographie fournie dans Ivan ILLICH, **Némésis médicale,** ch. 2, 5.

de sa pratique institutionnelle. Aucune science n'existe indépendamment des institutions qui en assurent la transmission et l'insertion pratique dans la société établie. Aussi, lorsque je parlerai de « la médecine » sans autre précision, je ne désignerai pas par ce terme « les sciences biologiques de l'homme », mais ce que la médecine est réellement : une pratique institutionnelle qui sélectionne les applications possibles des connaissances scientifiques, et ces connaissances elles-mêmes, de manière à les rendre intégrables aux rapports sociaux et compatibles avec l'idéologie dominante de la société capitaliste industrialisée.

Notre médecine est donc une médecine bourgeoise à trois titres principaux :

1) Elle fait de la santé et de la maladie des états individuels, renvoyant à des « causes » naturelles ou accidentelles dont la dimension sociale est masquée.

2) Elle privilégie la consommation individuelle des biens et services marchands, réputés bons pour la santé, au détriment de tous les autres facteurs, qu'elle préfère ne pas connaître.

3) Elle privilégie les 5 % de maladies rares, requérant des soins très spécialisés et des équipements coûteux et complexes, par rapport aux 95 % de maladies les plus répandues, et elle valorise en conséquence les connaissances médicales : celles relatives aux maladies rares occupent le sommet de la pyramide hiérarchique et valent à leurs détenteurs le statut et les revenus les plus élevés. J'y reviendrai.

III

la médecine a partie liée avec l'ordre établi

Les principaux facteurs de morbidité dans notre société commencent d'être bien connus et rencensés. Seule « la médecine » les ignore avec obstination. Nous savons notamment que les cancers de l'intestin sont liés à une alimentation trop pauvre en matières fibreuses ; que le cancer de l'estomac est lié à la pollution atmosphérique par la suie ; que le cancer du sein est lié à un régime alimentaire riche en lipides[5]. Nous savons que les maladies cardio-vasculaires sont dues à la suralimentation, à la sédentarité et au *stress.* A l'inverse, nous savons, grâce à une récente

5. Cf. **Persons at high risk of cancer,** publ. par l'« American Cancer Society », New-York, Academic press, 1976.

étude américaine, que les membres de certaines sectes religieuses qui pratiquent un mode de vie frugal, font beaucoup d'exercice et ont une vie communautaire et familiale intégrée et stable, contractent moitié moins de cancers et de maladies cardio-vasculaires que le reste de la population à laquelle ils se trouvent mélangés. Nous connaissons, sans pouvoir encore les mesurer, les caractères pathogènes de la pollution de l'eau et de l'air par les métaux lourds ; ceux de la pollution des aliments par les pesticides, les antibiotiques et les hormones. Nous savons que les postures que l'usine et le bureau imposent aux travailleurs sont à l'origine de la plupart des maladies « rhumatismales » et circulatoires ; que le travail de nuit, le bruit, les contraintes des cadences industrielles et du rendement sont les causes principales des troubles nerveux et digestifs. Nous savons qu'*on recense annuellement, en France,* pour neuf millions d'ouvriers manuels, un million cent mille accidents du travail entraînant en moyenne une incapacité de travail de vingt-six jours. Nous savons que, outre les accidents, le milieu et la nature du travail provoquent aux Etats-Unis (seul pays où une évaluation statistique officielle ait été faite à ce sujet) cent mille morts et trois cent quatre-vingt-dix mille maladies invalidantes par an chez les ouvriers.

dimension strictement individuelle de la médecine

La recherche et l'enquête épidémiologiques nous enseignent donc que les principales causes de nos maladies sont sociales et que, pour les éliminer, il faut que les individus se regroupent, s'informent et soumettent à leur contrôle collectif le milieu de vie et de travail, les conditions d'habitat et de transport, ce qu'ils consomment et ce qu'ils produisent. La médecine ignore la nécessité de cette approche sociale. Tout se passe comme si elle ne voulait connaître que les facteurs de maladie qu'elle peut combattre sans mettre en question les conditions existantes : elle fait grand cas de la lutte chimique contre les infections microbiennes, des prouesses chirurgicales, des appareils de dialyse ou des unités de soins intensifs capables, dans certains cas, de sauver de rares individus gravement atteints. Dans sa lutte contre les causes de maladie, *elle ne veut connaître que celles que le médecin peut attaquer au niveau de l'organisme individuel, sans remonter aux déterminants sociaux, économiques, culturels.*

A cette objection, les médecins répondent habituellement que lorsque le malade les consulte, le mal est déjà fait : ils ne peuvent le traiter qu'au niveau individuel, avec des moyens techniques, ils ne peuvent

changer le métier du patient, ni ses conditions de travail, de logement, ni son mode de vie. Sans doute. Mais cela n'est vrai qu'au niveau du rapport entre le médecin *individuel* et le malade *individuel*. Qu'est-ce donc, sinon l'idéologie bourgeoise et les rapports sociaux bourgeois, qui empêche *la médecine,* et donc les médecins en tant que techniciens de la lutte contre les maladies, de dépasser le plan des rapports individuels ? Comment se fait-il que, à l'exception des petits groupes du G. I. S. (Groupe Information Santé), des médecins ne se regroupent pas, sur le plan local, pour agir ou appeler la pouplation à agir contre les atteintes à l'hygiène et à la salubrité publiques, contre les pollutions industrielles, contre les conditions de travail pathologiques dont ils constatent sur leurs patients les ravages ? Comment se fait-il que des associations de médecins ne se soient pas érigées en avocats publics de l'hygiène alimentaire et en accusateurs publics de la chimisation abusive de l'alimentation, de l'agriculture et de l'élevage ? Pourquoi *la médecine* accepte-t-elle avec sérénité, comme des données intangibles, la consommation de tabac et la surconsommation d'aliments dont les médecins se contentent de corriger les effets en combattant un mal par un autre mal, à savoir : la surconsommation de médicaments ?

la médecine prise au piège de sa commercialisation

Eh bien, c'est que *la pratique de la médecine est un commerce ;* les rapports entre les professionnels des soins médicaux et le public sont des rapports marchands : le professionnel vend ce que les patients demandent ou acceptent d'acheter *individuellement ;* aucune collectivité demanderesse de technique médicale ne s'adresse à des collectifs de médecins en vue d'une action sur les conditions collectives. Les rapports sociaux bourgeois, et tout particulièrement les rapports marchands, déterminent ainsi la façon dont les médecins conçoivent leur rôle et dont la médecine aborde le problème de la maladie, de ses causes et de ses remèdes. Et la médecine, loin de s'insurger contre les amputations et les déformations que les rapports sociaux bourgeois imposent aux techniques et aux connaissances médicales, est encore un des plus solides bastions de ces rapports sociaux. Ni le Conseil de l'Ordre, ni le patronat hospitalo-universitaire n'accepteraient que des collectifs de médecins soient investis par des collectivités (sections syndicales, groupements de quartier, unions de consommateurs, etc.) du rôle de défenseurs publics de l'hygiène publique ou d'experts-témoins à charge dans le procès du travail de nuit, des heures supplémentaires, des conditions de transport,

des industries pharmaceutiques et alimentaires, etc. *La médecine* tient son « impartialité » pour la condition de sa crédibilité « scientifique » et, comme toutes les institutions qui sont parties prenantes de l'ordre établi, elle conçoit « l'impartialité » comme l'acceptation des normes dominantes et du pouvoir de la classe dominante.

fonction de « normalisation sociale » de la médecine

Il n'est pas exagéré, de ce point de vue, de voir en *la médecine* un appareil particulièrement efficace et redoutable de normalisation social des individus, et donc de répression de la déviance et de la rébellion. Lorsque la médecine prétend traiter ou même guérir les maladies les plus difficilement définissables, comme s'il s'agissait de dérèglement *internes* de l'organisme dont une action chimique sur cet organisme pourrait venir à bout, la médecine remplit en fait une action de défense de l'état de choses existant : elle postule implicitement que la maladie est imputable à l'organisme malade et non à son milieu de vie et de travail, et elle met de ce fait hors de cause des modes de vie et de travail contre lesquels l'organisme se rebelle ou se défend par une sorte de grève symbolique. La plupart des maladies, en effet, signifient *aussi* un « je n'en peux plus » du malade, une incapacité à s'adapter ou à faire face plus longtemps à des circonstances qui entraînent une souffrance physique, nerveuse, psychique insoutenable à la longue pour *cet* individu — ou même pour *tout individu sain.*

Quand une soudeuse de l'industrie électronique, par exemple, souffre de maux de tête, de vertiges, de perte d'appétit, de dépression, souffre-t-elle d'une maladie dont il faudrait la guérir ? Certainement pas : cette ouvrière (et la plupart de ses camarades) *souffre de son travail,* et c'est ce travail qu'il faut combattre ou abolir, non les symptômes morbides qu'il provoque. Ceux-ci ne sont que les *réactions saines* par lesquelles l'organisme se défend contre les agressions insoutenables que le processus de travail lui inflige. Quand la médecine entreprend de supprimer ou d'atténuer par des drogues les symptômes de souffrance provoqués par une situation pathogène, elle remplit de fait une fonction répressive : elle étouffe une protestation organique pour rajuster au plus vite le « malade », ce déviant, cet inadapté, cet « anormal », à l'état de choses établi. En poussant jusqu'au bout cette logique inavouée de la démarche médicalisante, toute déviance, détresse, protestation, révolte, sera tenue pour une manifestation pathologique contre laquelle la médecine sera appelée à intervenir. La psychiatrisation des opposants n'existe pas qu'en U. R. S. S.

IV

idéologie médicale et technocratie

La logique profonde de cette approche médicalisante ne peut être comprise que si on la situe dans le contexte de la généralisation des rapports marchands et, plus particulièrement, de l'extension du salariat. L'hygiène, c'est-à-dire l'art de vivre sainement, ne peut être intégrée dans les conduites et les activités quotidiennes que dans la mesure où les individus sont maîtres de leur rythme et de leur milieu de vie et de travail. A partir du moment où ils sont urbanisés et astreints au « travail forcé salarié », ils perdent toute prise sur leurs conditions de logement, de travail et de vie : toute possibilité d'« hygiène » leur est déniée, leur santé est attaquée dans ses fondements existentiels et culturels. C'est alors que, en même temps que l'industrie, naît la clinique, c'est-à-dire l'identification et la classsification des maladies, désormais considérées comme des entités indépendantes de l'individu malade et relevant de soins professionnels spécialisés.

Le soin de décider quand ils sont malades et quand ils sont aptes au travail ne peut plus, en effet, être laissé à l'appréciation des individus eux-mêmes, à partir du moment où ils aliènent leur force de travail à un patron qui la leur achète forfaitairement, moyennant salaire, et n'admet d'autre limite au rendement de l'ouvrier que la résistance physique de celui-ci. La détermination des limites de la résistance ne peut être laissée à l'ouvrier, toujours suspect de « tirer au flanc » : c'est l'autorité médicale qui sera appelée à décider, selon des critères prétendument scientifiques. Le même processus qui exproprie les individus de leurs moyens de travail, de leurs produits et de leur force de travail, les exproprie aussi de la santé et de la maladie : de même qu'ils doivent renoncer à la libre disposition de leur force de travail en faveur d'un patron, ils doivent renoncer à leur souveraineté corporelle pour confier leur corps à l'autorité médicale.

rôle du médecin comme « expert »

La « science » de l'expert-médecin devient ici la couverture *idéologique* qui légitime l'autorité patronale, le pouvoir de la classe bourgeoise. Comme l'écrit Ivan Illich, « *le diagnostic médical est une façon commode de blâmer la victime. Le médecin, lui-même membre de la classe dominante, juge que tel individu n'est plus apte à s'insérer dans le milieu*

que d'autres professionnels administrent après l'avoir fabriqué, au lieu d'accuser ceux-ci de créer des milieux auxquels l'organisme ne peut s'adapter »[6]. Après avoir dû déléguer aux ingénieurs, plus compétents en la matière, tous les pouvoirs relatifs à l'utilisation de sa force de travail, le travailleur salarié devra investir les médecins des pleins pouvoirs sur son propre corps : eux seuls « savent » qui est malade et qui ne l'est pas, qui a besoin de soins et qui non. La soumission à la « science » du médecin conditionne les individus à se soumettre à « ceux qui savent » et à déléguer tous les pouvoirs aux experts. Comme le note John McKnight, « *plus ils croient en la nécessité de leur prise en charge médicale, plus les gens se conduisent en* clients *et moins ils se conduisent en* citoyens. *Le rapport de clientèle, en effet, consiste à croire que tout ira mieux si on s'en remet à quelqu'un d'autre qui sait tout mieux que vous-même* »[7]. La soumission à l'autorité médicale et à l'autorité technocratique vont de pair : il n'est pas de pays qui compte autant de vaccinations obligatoires que la France, et pas de pays non plus où le pouvoir de l'administration centrale sur les « citoyens » soit aussi prononcé[8].

V

le monopole professionnel avant tout

L'organisation professionnelle de la médecine occidentale est structurellement élitiste : elle privilégie des maladies rares et des techniques coûteuses auxquelles seule une minorité peut avoir accès, et elle néglige les soins et les mesures d'hygiène simples et peu coûteux qui seraient d'une efficacité certaine contre les affections courantes constituant 95 % des maladies. Elle affecte des ressources disproportionnées aux recherches lourdes et aux interventions héroïques, et reste sereinement impuissante contre les affections les plus répandues (rhume, grippe, « rhumatismes »,

6. Ivan ILLICH, **op. cit.**, ch. 7.
7. John McKNIGHT, « The medicalization of politics », **in The christian century**, sept. 17, 1975.
8. Dans les pays anglo-saxons, la vaccination anti-variolique est désormais déconseillée par le corps médical, sauf aux personnes devant se rendre dans des régions où cette maladie persiste. La vaccination contre la coqueluche est reconnue plus dangereuse que la maladie elle-même en Grande-Bretagne et en Allemagne fédérale. De toute façon, la protection plus ou moins efficace qu'offre la vaccination est limitée dans le temps. Les vaccinations obligatoires ne pourraient avoir l'efficacité qu'on leur prête que si leur renouvellement à intervalles réguliers était également obligatoire.

asthme, etc.), comme si, par leur fréquence même, elles étaient trop « banales » pour mériter que la profession s'y intéresse.

la généralisation de l'hygiène, menace pour la médecine ?

C'est que la médecine professionnelle est inadaptée à la lutte contre les maladies les plus courantes. Celles-ci ne seront efficacement combattues que si les actions préventives et curatives sont (à la manière de la contraception, des tests de grossesse, de « l'hygiène ») banalisées au point de se trouver à la portée de toute personne et de tout groupe. Mais dans ce cas, elles font progresser l'hygiène, qui est culture populaire, au détriment de la médecine, qui est culture savante ; elles battent en brèche le monopole de la profession médicale en matière de santé et de maladie. Les inventions en matière d'hygiène n'assurent ni pouvoir, ni gloire, ni fortune à ceux qui les font (et c'est sans doute pourquoi elles sont le fait de biologistes plus souvent que de médecins), tandis que la médecine héroïque est bien adaptée à l'idéologie thérapeutique qui promet à une population dépendante sa prise en charge institutionnelle de plus en plus complète par « ceux qui savent ».

Mais il y a plus. L'idéologie et la hiérarchie internes de la profession accordent une valeur très supérieure aux performances de haute technicité, réalisées dans des cas exceptionnels, bien plus qu'aux actions en profondeur contre les maux les plus répandus. Tout se passe comme si la valeur professionnelle reconnue au médecin par la profession médicale était inverse de son utilité sociale. La même constatation vaut, d'ailleurs, pour toutes les autres professions scientifiques. De même que, en agriculture, le savoir du paysan traditionnel vient tout en bas d'une hiérarchie des valeurs au sommet de laquelle prennent place les connaissances spécialisées des généticiens et des chimistes (qui, en raison de leur spécialisation même, mesurent mal les conséquences, dévastatrices à long terme, de leurs inventions) ; de même que les mécaniciens ingénieux, sans lesquels rien ne fonctionnerait plus, sont situés tout en bas d'une pyramide dont les ingénieurs de recherche occupent le sommet, de même le généraliste, l'infirmier, le « médecin aux pieds nus » qui, mêlés au peuple, sont (ou peuvent être) les meilleurs diffuseurs de soins et d'hygiène et donc les artisans les plus efficaces d'une meilleure santé, sont méprisés par la profession qui, en revanche, accorde la position la plus élevée au mandarin hyperspécialisé, capable de diagnostiquer le cas exceptionnel qui ne se présente qu'une fois sur un million.

contradiction entre l'échelle des valeurs professionnelles et le degré d'utilité sociale

Du point de vue de la profession, les travailleurs médicaux socialement les plus utiles semblent banals et interchangeables en raison de leur nombre et du caractère non exceptionnel tant de leur compétence que des maladies qu'ils traitent : *ils font progresser la santé mais non la science.* Le mandarin hyperspécialisé, au contraire, détenteur d'une compétence nécessairement rare, puisque les maladies qu'il étudie sont exceptionnelles, *fait progresser la science et perpétue par là le monopole et le pouvoir de la profession.* Il occupe de ce fait le sommet de la pyramide professionnelle, même s'il ne contribue point à l'amélioration de la santé des gens.

Cette contradiction entre l'échelle des valeurs professionnelles et le degré d'utilité sociale est à l'origine des distorsions et du développement inégal des connaissances. Laissée à elle-même, toute profession fermée tend à se doter de structures mandarinales et à placer son auto-reproduction, la perpétuation de ses privilèges et de son pouvoir, au-dessus de tout autre but.

Cette contradiction n'a été perçue jusqu'ici que dans des sociétés comme la Chine, le Vietnam et la Tanzanie. Elle y est surmontée tant bien que mal par une lutte permanente, non pas contre la recherche de pointe elle-même, mais contre l'idéologie mandarinale qui, outre des privilèges sociaux et matériels, réclame pour les détenteurs de connaissances rares le droit de ne se sentir responsables que devant leurs pairs et non devant leurs prochains, devant le peuple.

michel bosquet

la religion médecine

Médecine et religion, depuis les sociétés « primitives », ont toujours eu des liens étroits. Cependant si, traditionnellement, l'univers religieux englobait l'univers médical, dans la société industrielle le rapport s'est inversé. Le droit à la santé, comme hier le droit au salut, peut être virtuellement contestataire. C'est pourquoi aujourd'hui comme hier une institution prétend en monopoliser la gestion. « Hors de la médecine pas de santé », *nous affirment de concert l'Etat et les clercs médicaux dont la pratique est parfois peut-être d'autant plus religieuse qu'ils se prétendent contestataires. Il existe deux types de clercs médicaux, les « sacrificateurs » en liaison étroite avec la mort, les « pères confesseurs », spécialistes en cure d'âme et fouineurs en sexualité. Mais la persistance des guérisseurs, les résistances diverses des laïcs-patients et l'apparition d'un prophète : Ivan Illich, montrent que l'orthodoxie médicale ne s'impose que dans une situation toujours conflictuelle.*

On utilise souvent des métaphores religieuses pour parler de la médecine. Ainsi nous en trouvons plusieurs dans le numéro de *la Nef* : « Vers une anti-médecine ? »[1]. S'agit-il simplement d'une réthorique, ou avons-nous là une piste pour analyser un niveau fondamental du système médical ? Plusieurs travaux, dont celui de Balint[2], permettent de valider la seconde hypothèse. Le fondateur de la Tavistock Clinic a analysé les divers mécanismes qui se nouent dans la relation thérapeutique à partir d'un vaste matériau empirique. Pour décrire exactement ce qui se passe, il a été obligé « *d'emprunter de nombreuses expressions à la théologie* » (p. 239). Effectivement son concept central est, par exemple, la notion de « *fonction apostolique* » du médecin (pp. 227-253), dont il donne la définition suivante : « *(Cela) signifie... que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient... Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer, de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients* » (p. 228).

1. Cf. notamment J. LEHMANN, « Le descendant des sorciers », **La Nef** 49, oct.-déc. 1972, pp. 122-126.
2. M. BALINT, **Le médecin, son malade et la maladie**, 2e édit. franç., Paris, Payot, 1966.

L'analyse de Balint s'arrête là, car son but est de proposer des réformes internes à la structure médicale, qui fassent du médecin un psychothérapeute efficace. Là commence l'analyse du sociologue : il s'agit, pour lui, de décrypter les diverses implications de la dimension religieuse de la médecine moderne. Si le christianisme est devenu, dans la société industrielle, une affaire privée, la « religion-médecine » n'imprègne-t-elle pas la culture globale, les structures sociales et la vie quotidienne ?

I

hors de la médecine, pas de salut-santé

Si la médecine moderne possède des caractéristiques propres, déterminées par la structure globale de la société industrielle, elle est aussi un moment d'un processus médical historique qui la détermine également. Or de tout temps médecine et religion ont été étroitement liées. Dans les sociétés « primitives », « traditionnelles », la maladie est référée au mal [3]. Elle provient, finalement, d'une faute envers les dieux du groupe, de la rupture d'un tabou. Valabrega indique que cette association entre la maladie et le mal existe toujours, de façon latente, dans le fond anthropologique commun de la société actuelle [4]. Par exemple, la théorie microbienne des maladies contagieuses a dû, estime Canguilhem, « *une part non négligeable de son succès à ce qu'elle contient de représentation ontologique du mal* » [5]. Mais il s'est produit une inversion du rapport existant entre le religieux et le médical. Autrefois (et ailleurs), l'univers religieux englobe l'univers médical. La maladie est subordonnée au mal, au péché ; elle constitue un phénomène second dans le domaine du religieux : ainsi le pouvoir thérapeutique du chaman est un pouvoir dégradé par rapport à ses pouvoirs religieux. En Occident, les maladies, punitions du ciel, furent notamment combattues par des prières ; les doctrines et pratiques médicales étaient tenues de respecter les enseignements de l'institution ecclésiastique (interdiction de la dissection des cadavres, etc.). La recherche médicale était alors une aventure empirique guidée par la foi. Dans la société industrielle, au contraire, l'univers médical englobe l'univers religieux. Le terme de mal

3. Cf. notamment W. RIVERS, **Medecine, Magic and Religion,** Londres, 1924.
4. J.-P. VALABREGA, **La relation thérapeutique,** Paris, Flammarion, 1962, pp. 104 et 106.
5. G. CANGUILHEM, **Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique,** Clermont-Ferrand, 1943, p. 11.

se détache progressivement de ses connotations chrétiennes. On parlera de culpabilité, voire de perversion, et non de péché, par exemple. En conséquence, les institutions ecclésiastiques doivent adapter leur message et leur rituel aux normes médicalisées. Ainsi l'Onction des malades remplace-t-elle l'Extrême-Onction. Dans ce nouveau rituel, « *l'introduction du médecin dans la perspective même du sens religieux de la maladie est un fait notable au point de vue culturel* ». L'Onction des malades « *entre jusqu'à un certain point dans le processus de médicalisation de notre société* »[6].

1 un changement historique de perspective

En France, la fin du XVIIIe et le début du XIXe siècle constituent le moment privilégié d'un tel renversement de perspective. Foucault indique comment des responsables de la Révolution ont recherché « *la médicalisation... dogmatique de la société par une conversion quasi religieuse et l'implantation d'un clergé de la thérapeutique* » investi « *au niveau de la santé et du corps, de pouvoirs semblables à ceux* (*du clergé*)... *pour les âmes* »[7].

Dans cette perspective, la santé ici-bas de l'être humain (perçu d'abord par son corps) remplace , comme préoccupation essentielle, le salut dans l'au-delà de l'être humain (défini d'abord par son âme).

La médecine moderne est peut-être en train de devenir la réalisation d'un tel projet, et la société industrielle semble avoir adopté les croyances qu'il présuppose. La santé est institutionnellement définie par l'Organisation mondiale de la santé (O. M. S.) comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social* ». Scientifiquement peu opératoire, cette définition indique un idéal salutaire et non une réalité empiriquement constatable. Kubie a d'ailleurs défini, avec humour peut-être, la santé comme un « *état rare, pourtant non pathologique* ».

Un tel idéal est-il partagé par ceux auxquels on le propose ou l'impose ? Il difficile de le savoir, mais l'enquête réalisée par Claudine Herzlich donne de précieuses indications[8]. Pour l'échantillon interrogé, le terme de santé recouvre trois significations : l'absence de maladie, la capacité de résister aux maladies, l'équilibre. Si la valorisation n'est pas absente, un décalage

6. F.-A. ISAMBERT, « Les transformations du rituel catholique des mourants », **Archives de Sciences Sociales des Religions** 39, janv.-juin 1975, pp. 89-100.
7. M. FOUCAULT, **Naissance de la clinique,** Paris, PUF, 1963, p. 32.
8. Cl. HERZLICH, **Santé et maladie,** Paris, Mouton, 1969.

certain existe avec la définition de l'O. M. S. La santé, là, peut exister empiriquement. De plus, elle est considérée comme un bien relatif dont l'obtention ne doit pas nuire à la vie autonome de chacun. Un monde sans maladie n'est pas souhaitable : en effet, il ne pourrait résulter que d'une « *toute-puissance planificatrice* » qui « *contrôlerait totalement la vie de l'individu et imposerait, de ce fait, la santé* », amenant notamment « *une mécanisation encore plus totale de l'homme* » (p. 57).

2 idéal refusé, idéal imposé

Néanmoins, refusée au niveau des choix conscients, la quête du salut-santé tend à être imposée par les conditions de vie. Les personnes interrogées affirment aussi que le « *mode de vie urbain* », tel qu'il est socialement organisé, conduit les gens à vivre dans un « *état intermédiaire... quasi permanent* » entre la maladie et la santé, et caractérisé par la limitation des activités, la perturbation des relations et certains phénomènes dépressifs. Le rythme de vie imposé, la multiplicité des stimulations, l'air vicié, le bruit, la mauvaise alimentation, le manque de sommeil et la dépense musculaire, etc., en sont les causes. Bref, le mode de vie est pathogène, il démolit la santé, santé pourtant plus nécessaire que jamais à acquérir précisément pour être capable de lutter contre les nuisances qui « *dénaturent* » (pp. 35-38).
Ainsi là aussi, comme dans la définition de l'O. M. S., la santé n'est plus un fait empirique mais un mythe. Comme l'a montré Sorel, le mythe est une représentation sociale mobilisatrice. Si les gens insistent sur la nocivité des conditions de vie, ne vont-ils pas combattre pour leur transformation structurelle ? Des luttes existent, certes, mais canalisées, ritualisées par le système médical qui a réussi à s'imposer comme médiateur obligatoire dans la quête de la santé. Autrefois, « *hors de l'Eglise, pas de salut* », et il n'existait pas de liberté religieuse. Aujourd'hui, des pratiques sanitaires sont illégales, guère possibles à mettre en œuvre, socialement estimées illégitimes, parce que « *hors de la médecine, pas de santé* ».

3 une institution à prétention monopolisatrice

Là est le problème. En effet, comme l'Eglise proclame qu'il n'y a ni juif ni grec, ni riche ni pauvre, ni homme ni femme mais uniquement des « *enfants de Dieu* » appelés au salut, la constitution de l'O. M.S. déclare que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques et sa condition économique et sociale* ». Cet idéal d'annulation symbolique des différenciations sociales pourrait être subversif. Il l'a été quand des mouvements messianiques ont contesté les

pouvoirs en place au nom de l'arrivée imminente des derniers temps. Il l'est quand Illich affirme qu'il faut acquérir sa santé de façon autonome en « *bâtissant une culture saine* », en menant « *la lutte politique pour le droit à l'intensité de l'acte productif personnel* » [9]. Mais cet idéal s'avère aliénant et crée de la dépendance dès qu'il conduit à une pratique rituelle, socialement obligatoire, déterminée par une institution à prétention monopolisatrice et qui permet de combiner l'attente de l'annulation avec un présent où les conflits sociaux sont déjà niés et pourtant toujours là. Ainsi, en principe, dans la consultation médicale, peu importe que le médecin soit blanc ou noir, homme ou femme, etc. Et pourtant cela importe beaucoup : il suffit de lire Frantz Fanon [10] ou d'écouter un groupe de femmes pour le constater. Plus fondamentalement encore, l'aspect structurellement dissymétrique de la relation thérapeutique est à la fois vécu et occulté : puisque le médecin peut seul guérir, il n'est guère possible d'être en conflit avec lui bien qu'il vous domine. En conclusion à une enquête, Odile Bourguignon note que « *la grande agressivité* » des malades vis-à-vis des médecins reste « *le plus souvent latente, parce que la position même du malade en interdit l'expression* » [11]. « *Le médecin n'est pas un homme* » : cette formule cérémonielle est essentielle à la relation thérapeutique, mais le conflit reste toujours sous-jacent, car on sait bien, par ailleurs, que « *le médecin est un homme comme un autre* ».

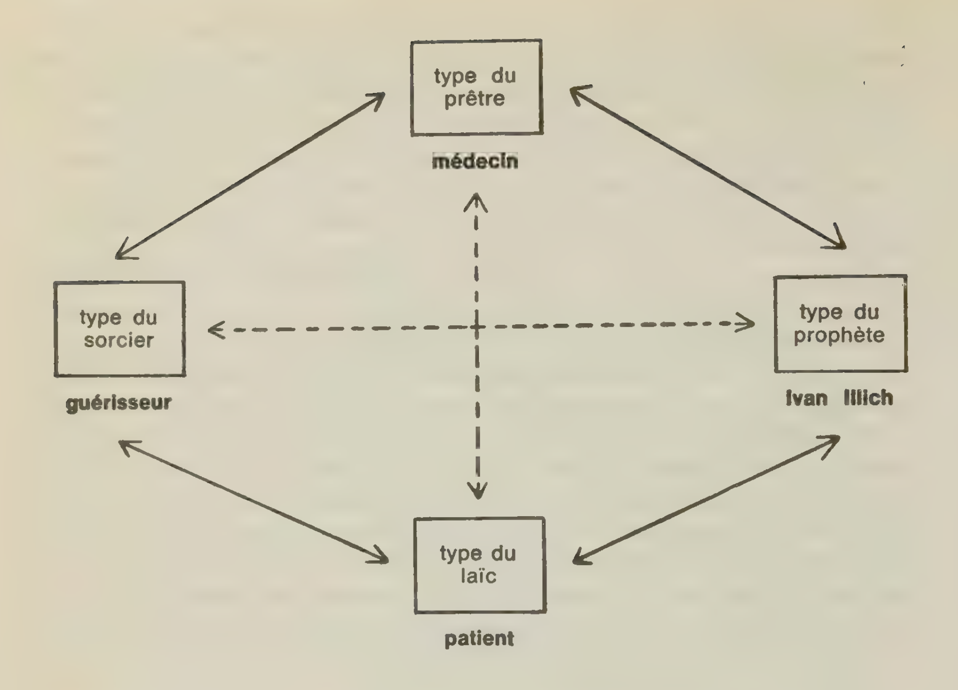
II

---

le médecin grand sacrificateur et père confesseur

La prétention de la médecine à constituer la médiation obligatoire du salut-santé bénéficie du soutien de l'Etat industriel, mais se heurte à des résistances diverses. On peut parler d'un champ médical, lieu des rapports de force concernant la gestion des biens de santé et traversé par l'ensemble des structures de la société globale, isomorphe au champ religieux notamment analysé par Bourdieu à la suite de Weber [12]. En simplifiant, cela donne le schéma suivant :

9. I. ILLICH, **Némésis médicale,** Paris, Seuil, 1975, pp. 131 ss. et 209.
10. F. FANON, **L'An V de la Révolution algérienne,** Paris, Maspéro, 1959, pp. 111 ss.
11. O. BOURGUIGNON, « Le médecin imaginaire », **La Nef,** oct.-déc. 1972, pp. 177-192.
12. P. BOURDIEU, « Une interprétation de la théorie de la religion selon Max Weber », **Archives européennes de sociologie,** 1971/1, pp. 3-21.



Examinons les rôles sociaux respectifs des personnages du schéma. Seuls habilités à « sauver » les êtres humains de la maladie, de la souffrance et de la mort, comme les prêtres les sauvent du péché, de l'erreur et de l'enfer, les médecins forment un corps sacerdotal [13], clérical, à caractère bureaucratique. Un doctorat valide leur prétention à exercer le monopole de l'administration légitime des biens de la santé. Dépourvus de ce diplôme, auxiliaires médicaux et infirmières, quel que soit leur savoir, leur sont étroitement subordonnés. Autre caractéristique : ils sont interchangeables. Certes, le médecin traditionnel, gardant quelques traits du sorcier, peut avoir encore une *aura* personnelle, mais le développement de la pratique de groupe et des structures hospitalières met fin à cette situation. La hiérarchie interne est, d'autre part, assez forte. Le serment d'Hippocrate constitue, enfin, son texte sacré référentiel et révérentiel.

Deux prototypes dominent : le sacrificateur et le père-confesseur.

13. J. BAUBEROT, « Les médecins, nos nouveaux prêtres ? », **Le Semeur** 1967/5, pp. 49-79.

1 le médecin sacrificateur

Le sacrificateur, pour lequel un bas clergé médical effectue du rabattage, est le Grand-Prêtre de la Technique et de la Prothèse. A la limite, selon ses impératifs propres, il décidera la prolongation de la vie ou la mise à mort de son patient : ainsi un cœur doit être transplanté une heure après avoir cessé de battre ; « *le sacrificateur peut observer l'E. C. G. pendant près de quarante minutes au maximum. Cependant la littéraure médicale et la pratique hospitalière non transcrite abondent de cas où un cœur se remet à battre plusieurs heures après avoir cessé toute activité discernable* » [14]. Dans des cas plus fréquents, la mise à mort n'est, sauf accident, que temporaire : ainsi en est-il de l'anesthésie. Mais le patient n'en est pas moins, un temps, complètement à la merci des clercs-médecins, totalement invalidé en tant que sujet social. De façon plus large, la piqûre faite pour hâter ou retarder l'accouchement et qui laisse des séquelles sur le système circulatoire et nerveux, les médicaments aux effets secondaires non désirés, les conseils qui ont limité les choix entre diverses manières de vivre, toutes ces interventions qui atrophient de différentes façons la vie des patients apparentent le médecin au sacrificateur, à la fois sauveur et meurtrier.

Pourtant, de façon plus banale, le médecin est considéré par beaucoup de sociologues comme un membre de la cohorte des réparateurs, à côté du garagiste et du plombier. Une différence qualitative existe cependant : habituellement le client et l'objet défectueux sont deux réalités bien distinctes. Mais dans le système médical, le corps même du patient devient objet [15]. La dépendance et la dépossession créées sont donc bien plus complètes. Cela est frappant, notamment, quand le médecin voit un patient en présence de confrères ou de subordonnés avec qui il peut soutenir une discussion technique du « cas » qui lui est présenté. Là aussi, l'existence sociale du patient tend à être supprimée.

2 le médecin père-confesseur

Face au personnage redoutable du médecin sacrificateur, se dresse la figure du médecin père-confesseur qui sait écouter ses patients et ainsi leur ferait du bien. Le premier résultat de cette conception psycho-somatique de la médecine revient à médicaliser la partie « civilités » de la consultation qui, désormais, devient partie intégrante de l'examen. Cela rend la dépendance

14. J. ZIEGLER, **Les vivants et la mort,** Paris, Seuil, 1975, p. 207 (cf. pp. 167-234).
15. Cf. E. GOFFMAN, **Asiles,** édit. franç., Paris, Minuit, 1968, pp. 375-403.

du patient plus complète. La relation thérapeutique s'approprie les caractéristiques de la cure d'âme, « *véritable instrument de puissance* » du groupe sacerdotal lui permettant une domination « *dans la vie de chaque jour* » [16]. La consolation médico-religieuse, la distribution de grâces par le diagnostic et l'ordonnance, l'instruction donnée à chacun sur ses devoirs médicaux concrets sont les trois objectifs poursuivis. Confesser les gens sur leur vie intime, secrète, et plus particulièrement sur leur sexualité, devient un élément essentiel de la consultation. Nouveau prêtre du psychisme (= de l'âme), le médecin n'en reste pas moins le prêtre du corps, et à ce titre il peut transgresser les prohibitions usuelles en regardant et en touchant des parties du corps généralement non exposées. La double mise à nu dont il bénéficie ne peut que lui faire symboliquement attribuer la caractéristique du chaman : être à la fois asexué et bisexuel.
Le message clérical du médecin père-confesseur peut avoir des contenus différents : il peut être le gardien de la moralité, créant ou renforçant des interdits, ou au contraire traquer « *les deux tiers de l'humanité* (*qui*) *sont impuissants ou frigides et qui l'acceptent* » [17], comme les inquisiteurs traquaient les hérétiques. On voit là que le père-confesseur et le sacrificateur sont en fait le même personnage.

III

---

système de pouvoir et stratégies

Le corps médical est un instrument de contrôle social au service de l'Etat industriel. Je n'insiste pas, puisque ce sujet est traité dans un autre article de ce numéro. Je voudrais indiquer pour ma part que loin d'être un sous-produit du pouvoir politique et économique, le pouvoir médical est une instance constitutive du système global de pouvoir fonctionnant dans la société. S'il légitime l'Etat, notamment, ce dernier l'impose à la population. Au niveau économique, on constate une augmentation croissante de la part du budget et du produit national brut (P. N. B.) attribuée au système médical. Au niveau politique, l'obligation d'examens médicaux de plus en plus nombreux et des stimulations financières diverses font peu à peu passer la relation thérapeutique du domaine du contrat (inégal) à celui de

16. M. WEBER, **Economie et société I,** édit. franç. Paris, Plon, 1971, p. 487.
17. Tract de J. CARPENTIER, « Apprenons à faire l'amour ». Cf. l'étude critique de ce tract par E. FLORIS : « Une page d'éducation sexuelle à la façon d'une exhortation pastorale », **Cahiers du C. P. O.** (79370 Celles sur Belle), 20 mars 1973, pp. 31-37.

la tutelle où soit l'Etat, soit une institution, se trouve porteur de la demande, et non un patient privé. Les couches dominées et dangereuses : les femmes, les enfants, les travailleurs sont les plus livrés aux médecins. A un niveau idéologique, on assiste à un transfert de légitimité du religieux au médical dans les définitions normatives de la mort et de la sexualité, et à l'occultation sociale des choix alternatifs à la voie médicale dans la recherche de la santé.

La plupart des médecins qui s'affirment contestataires développent une stratégie qui vise à diminuer les servitudes de la médecine vis-à-vis de l'Etat industriel et à augmenter les bénéfices qu'elle obtient de l'Etat et de la société. C'est pourquoi au lieu d'analyser la consistance propre du pouvoir clérical du médecin, ils le réduisent à la caution qu'il apporte à l'ordre social. Ils jouent aussi sur l'image attirante du père-confesseur contre celle, menaçante, du sacrificateur, et citent élogieusement l'optique psychosomatique de Balint [18]. La logique de leur lutte est, à terme, un renforcement de la cléricature médicale. On le voit nettement dans les revendications demandant une généralisation de la médecine préventive [19]. Une telle mesure renforcerait la puissance économique, politique et idéologique du système médical. Elle mettrait l'ensemble de la population sous son emprise de façon plus constante. Elle médicaliserait notamment complètement « *l'état intermédiaire* » dont il a été déjà question. Le masque de ce nouveau totalitarisme est notamment la prétention de lutter contre les causes sociales des maladies. En fait, les problèmes sociaux concernant la santé ne peuvent se résoudre qu'à un niveau social. Etant fondamentalement un processus de privatisation, la médecine est incapable d'y faire face. D'autre part, tout ce qui renforce le monopole de la gestion de la santé par un corps de spécialistes (même pratiquant l'œcuménisme avec d'autres) ne peut guère être considéré comme contestataire.

Par contre, d'autres médecins, en apparence moins révolutionnaires, commencent à faire un travail critique soit en attirant l'attention sur le « *mirage de la santé* » [20], soit en incitant les patients à adopter vis-à-vis du corps médical « *une attitude résolument anticléricale* » [21].

18. Cf. par ex. J.-Cl. POLAK, **La médecine du capital,** Paris, Maspero, 1971, pp. 78 et 84 ss. notamment ; et G. CARO, **La médecine en question**, Paris, Maspero, 1970, pp. 42 et 111 ss.
19. Ou encore dans l'exégèse que font certains des idées d'I. Illich. Cf. G. G., « Les médecins, la médecine et la santé » (p. 10), **Pratiques, ou les cahiers de la Médecine utopique** 2, sept-oct. 1975, pp. 7-49.
20. R. DUBOS, **Mirage de la santé,** édit. franç., Paris, Denoël, 1961.
21. F. GREMY, « Santé publique et pouvoir médical », **L'Arc,** 62, 1975, pp. 57-66.

IV

la résistance à l'orthodoxie médicale

Voyons brièvement les autres personnages du champ médical. Les guérisseurs (acupuncteurs, rebouteux, herboristes, homéopathes, magnétiseurs, radiesthésistes, etc., et tous ceux qui sont considérés comme des « charlatans ») se rattachent plus ou moins au type du sorcier. Ce sont de petits entrepreneurs indépendants, possédant un savoir hétérodoxe et exerçant des tâches spécialisés mais non bureaucratisées. Certains sont plus ou moins réduits à la clandestinité et pourchassés par le pouvoir civil. D'autres sont étroitement contrôlés par le corps médical qui parfois s'approprie leur savoir et le réinsère dans le système médical comme spécialité marginale tolérée par la médecine orthodoxe allopathique.

Imprégnée des croyances inhérentes aux mécanismes sociaux de la société industrielle, la masse des laïcs-patients pense que le salut-santé que promet la médecine moderne est plus sûr, plus réel que l'ancien salut religieux. De toute façon, dépossédés du savoir sanitaire empirique (déprécié et de plus en plus difficile à mettre en œuvre), largement privés du droit d'accès à une information contradictoire dans le domaine de la santé, les laïcs-patients sont socialement acculés à croire aux principaux mythes du système médical, à financer son extension, à subir son attirail rituel. Malgré tout, la résistance de beaucoup à la médicalisation se manifeste de différentes manières. Certains traditionalistes peuvent encore utiliser des « remèdes de bonne femme » ou avoir recours aux guérisseurs ; d'autres, qui redoutent autant le système médical que la maladie, ont une faible pratique ; d'autres enfin, malgré les fortes tracasseries qu'ils subissent, sont hérétiques et au nom de la « liberté de conscience » réclament le droit de choisir « *librement entre l'église médicale du pays et la chapelle de leur cœur* » [22]. Même les fidèles ne sont pas forcément des patients agréables : convertis à la religion-médecine, ils voudraient des clercs modèles toujours disponibles, correspondant bien à ce qu'ils ont retenu du catéchisme médical qu'on leur a inculqué. Inattentions, impatiences, fautes professionnelles du médecin, changement de la structure médicale provoquent leur hostilité. Par ailleurs, la critique intellectualiste de certains laïcs-patients (démographes, historiens, sociologues... et ceux qui les lisent) mine sournoisement le pouvoir médical en mettant en lumière certaines de

22. F. DELARUE, **Les nouveaux parias, pour la liberté des vaccinations**, Paris, F. Delarue, 1971, pp. VI et 205.

ses caractéristiques ou en posant d'insidieuses questions concernant la maigre amélioration globale de l'état de santé, en dépit du développement rapide de la médicalisation de la vie.

Enfin, signe que la crise socio-historique de la médecine moderne commence à devenir sérieuse, un prophète, Ivan Illich, se lève et appelle au combat contre les prêtres médicaux et leur religion « *idolâtre* » [23]. Il oppose une prévention sanitaire prise en charge par tous et scientifiquement démédicalisée au projet clérical de médecine préventive. Illich s'appuie sur la critique intellectualiste de la médecine, mais, reprenant à son compte des préoccupations plus « populaires », il peut voir se rallier à lui des éléments traditionalistes et enthousiasmer les laïcs-patients de faible pratique. Il ne dispose d'aucun pouvoir mais indique, avec autorité, une voie à suivre, faisant preuve d'une compétence particulière pour interpréter le changement social et pour exprimer la modernité. A la religion ritualiste et orthodoxe du corps ecclésial médical, il oppose un prophétisme éthique où les gens rechercheront à la fois collectivement et de façon autonome un salut-santé (reléguant les spécialistes dans un rôle secondaire) dont la nature est profondément modifiée. L'utopie d'Illich ne se réalisera sans doute pas telle quelle, mais son appel à la lutte contre la prêtrise médicale (biais efficace d'après lui pour combattre le système global de la société industrielle) risque de constituer un élément important dans la modification du rapport de force existant dans la relation thérapeutique.

Nous nous arrêtons là. Il faudrait affiner, insister sur les interactions qui existent entre les quatre types de personnages, préciser les transactions [24] et les conflits. J'ai essentiellement voulu indiquer quelques pistes que le lecteur peut poursuivre si cela l'intéresse. J'ai voulu aussi poser une question : en recherchant le développement de la médecine moderne, en se préoccupant uniquement de ses effets techniques et apparents, en considérant comme secondaire sa dimension symbolique, les militants (clercs et laïcs) de la médicalisation de la société actuelle ne contribuent-ils pas, à leur insu, à l'expropriation de l'homme par l'homme ?

jean baubérot

23. Cf. J. BAUBEROT, « Ivan Illich, l'éthique médicale et l'esprit de la société industrielle », **Esprit**, fév. 1976, pp. 288-314.
24. Cf. par ex. le double rôle de la Sécurité sociale comme agent de médicalisation de la société et comme moyen de pression des patients sur le corps médical.

aumônier à l'hôpital :

des techniques et des hommes

Parler de la médecine et des malades renvoie, non seulement au rôle du médecin, mais, dans un pays marqué par le christianisme, à celui du prêtre. Sur la base d'une certaine pratique de ce ministère, un aumônier fait le bilan de dix années de pratique dans un hôpital général de l'Assistance publique à Paris. Comment l'aumônier se trouve-t-il situé face aux médecins qu'il côtoie ? Pourquoi, bien souvent, se côtoient-ils seulement ? C'est une certaine manière d'approcher les malades qui pourrait être en cause ici. Ainsi, finalement, la relation aumônier-médecin éclairerait, sous un angle imprévu, la condition faite à l'homme malade dans notre société.

Une collaboration entre médecins hospitaliers et aumôniers d'hôpital, pour le bien des malades, est souhaitable et possible. Ce sera notre propos ; mais nous sommes obligés de reconnaître qu'actuellement, dans le cadre de l'hôpital, les rapports entre eux, à quelques exceptions près, sont inexistants.

l'absence de rapports médecin-aumônier : un état de fait

Une telle situation tient à plusieurs raisons. La première que mettraient en avant des médecins hospitaliers serait sûrement *le manque de temps* qui découle de la surchage de travail. Et volontiers, de leur côté, les aumôniers diraient qu'ils ne veulent pas déranger des médecins qui leur paraissent toujours débordés et, de ce fait, inabordables.

De plus, les horaires de présence à l'hôpital des uns et des autres ne coïncident pas, tout au moins pour les médecins qui ne sont pas hospitaliers à plein temps. Pour ne pas gêner le service, l'aumônier visite les malades l'après-midi, et le médecin fait sa visite le matin.

Mais en fait, une raison plus profonde se cache derrière ces deux motifs : la plupart des uns et des autres voient leurs tâches respectives comme relevant de deux domaines différents, médical et spirituel, sans lien entre eux. Ils se voient, mutuellement, étrangers à la tâche de l'autre.

Un fait illustre cela. Lorsque je fus nommé aumônier d'un grand hôpital parisien, incité à cela par un ami médecin, j'ai tenu à me présenter à chacun des dix chefs de service. Cela me semblait tout à fait normal,

puisque je devais aller souvent dans *leur* service. J'ai donc pris rendez-vous auprès de leur secrétaire. Ils m'ont reçu.

Le « chirurgien » ne m'a accordé que quarante-cinq secondes, sans me faire asseoir. Il m'a dit simplement — et ses paroles sont restées gravées dans ma mémoire : « *Je ne vois pas en quoi je puis vous être utile, Monsieur l'Aumônier, mais si cela se présente, n'hésitez pas à me le dire* ». Ce fut à peu près notre seule conversation, ou plutôt le seul monologue entendu en neuf ans. Et pourtant, il avait dans son service une centaine de malades. J'en visitais chaque jour quelques-uns. D'autres, chrétiens comme lui, se sont enquis de savoir si j'étais content de « *ma chapelle* », ou si leurs surveillants me signalaient les *mourants*.

Un seul, athée, m'a expliqué ce qu'était son travail auprès des diabétiques et son attitude à leur égard, selon la gravité de leur mal. Il me faisait l'honneur de croire que je pouvais m'intéresser à son travail et qu'une connaissance des problèmes qui se posaient à lui avec ses malades pouvait avoir une incidence sur mon ministère. Il a conclu notre entrevue en me disant : « *Je pense que vous avez votre place dans mon service* ».

I

les raisons de cet état de fait

On l'a dit : médecins et aumôniers perçoivent spontanément leurs tâches respectives comme des domaines différents, sans lien entre eux. Pourtant, profession médicale et fonction sacerdotale ne sont pas sans points communs ; mais la spécificité de chaque rôle tend à juxtaposer médecins et aumôniers, les uns cantonné dans le médical : soin des corps, les autres dans le spirituel : soin des âmes...

1 des points communs entre médecins et aumôniers

Par bien des points, médecins et aumôniers sont proches les uns des autres, et une compréhension mutuelle devrait en être facilitée. Même si, actuellement, leur image est en train de changer, on les voit encore de la façon suivante.

deux professions « humanitaires »

Tous les deux, médecin et aumônier, ont reçu une longue formation ; ils pratiquent l'un et l'autre un « métier » qui exige le dévouement, une disponibilité quasi totale à ceux pour lesquels ils l'exercent. Le choix de

leur profession répond à une *vocation.* Facilement, on dit du médecin, comme du prêtre : « Son travail, c'est un vrai *sacerdoce* ».

On attribue à l'un et à l'autre un caractère *sacré.* Tous deux sont au service de *l'homme*, au service de la *vie.* Le prêtre est le ministre de Jésus-Christ, qui a guéri bien des malades et voulait pour les hommes la vie en plénitude.

Ils sont tous deux dans une relation très étroite d'aide. Ils rejoignent l'homme affronté à sa faiblesse, dans son besoin fondamental de vivre, de mieux vivre, de survivre.

Au cours de cette relation, se dévoilent les misères cachées de l'homme. Ils en reçoivent la confidence qu'ils gardent dans un secret professionnel analogue.

Une identique conscience professionnelle s'impose à eux. Ils portent souvent seuls le poids d'une responsabilité grave, vitale.

Mais il est aussi d'autres aspects, qui attirent des critiques parfois très justifiées.

Il existe un « corps médical » et un « corps ecclésiastique », et ces deux corps sont souvent des *castes,* avec une hiérarchie bien établie.

deux professions... « cléricales » ?

Me présentant à un « patron », très chrétien et fréquentant les « hautes sphères ecclésiastiques », excellent médecin et excellent professeur, j'eus l'impression, simple prêtre, de n'être que bien peu de chose à ses yeux. Je dus lui fournir mon *curriculum vitae* et entendre ses critiques sur le fait — c'était il y a seulement neuf ans — que je ne portais pas la soutane, ni même le col romain alors en vigueur et signe distinctif du prêtre. Je ne portais qu'une croix à la boutonnière. Lui pouvait, me disait-il, avec une toque blanche, être reconnu comme médecin. Au moment de le quitter, après lui avoir dit que je lui serais reconnaissant de me signaler s'il apprenait que je faisais quelque impair dans ce monde hospitalier qui m'était inconnu, j'eus l'idée de lui faire connaître ma parenté avec l'un ou l'autre de ses collègues. A l'instant même, son attitude changea complètement. Mes liens avec sa caste compensaient largement ce qui jusque là lui semblait déficicence de ma part. J'étais « accepté » non pour mon état sacerdotal, mais parce que j'étais apparenté à des médecins, des hommes de sa classe.

Médecins et prêtres sont (ou étaient) vus comme des « notables », des « personnalités ». Ils jouent les uns et les autres parfois au « person-

nage » : la fonction qu'ils accomplissent leur semble parfois le réclamer. Ils détiennent un savoir, et de ce savoir découle un pouvoir. Certaines visites de « patrons » se font avec toute une « liturgie », des rites bien précis, avant, pendant, et après.

Les deux images, celle du prêtre et celle du médecin, se superposent parfois dans l'esprit des gens simples : « *Vous êtes un peu médecin, vous,* me dit un malade, *vous savez...* ».

Volontiers, prêtres et médecins s'entourent de « mystère ». Ils ont un langage hermétique.

évolutions en cours

Tout cela, sans doute, est en évolution depuis le Concile ou depuis mai 68, mais en évolution lente. Promotion du laïcat dans l'Eglise et promotion humaine générale amènent à contester ces pouvoirs, autrefois absolus, du prêtre et du médecin.

Le « sacré » du personnage s'estompe, ne serait-ce que par la vulgarisation médicale ou l'étalage dans la grande presse des problèmes internes de l'Eglise. La contestation est aussi forte dans un corps que dans l'autre : l'autorité, le pouvoir sont remis en question. La hiérarchie médicale, les rapports pyramidaux s'amenuisent. Au sein d'une équipe sacerdotale ou médicale, ils n'existent plus guère.

2 ce qui sépare médecins et aumôniers

Ce qu'il y a de commun entre ces deux corps professionnels, dans le cadre qui nous intéresse ici, l'hôpital, ne rapproche pas tellement prêtre et médecin.

Leurs tâches spécifiques les enferment dans un domaine qui leur est réservé. Ils peuvent se succéder au chevet d'un même malade : il n'y a pas, ou guère, communication entre eux.

L'image de l'aumônier se faufilant, se faisant tout petit, pour croiser dans un couloir le patron et son équipe est typique de sa situation.

Auprès d'un malade grave, même attitude : « *A vous de jouer, Monsieur l'Aumonier ; vous avez le goupillon ?* ». C'est la réflexion que me fit un médecin que je rencontrais au sortir de la chambre d'un mourant.

Quand le médecin n'avait plus « rien à faire », c'était alors le travail du prêtre qui commençait. Du moins était-ce la conception qu'avait ce médecin de son rôle et du mien... Le portrait du prêtre vu par le médecin

pourrait se résumer ainsi : il était *l'homme du culte, l'homme de la mort,* parfois *celui du réconfort moral.*

Mais n'était-ce pas aussi la conception qu'avait de son propre rôle l'aumônier lui-même ? Quant au médecin, sa tâche était accomplie, surtout dans un service de haute technicité, s'il avait appliqué toutes les ressources de sa technique.

Personnellement, et je ne suis pas le seul, heureusement, à penser ainsi, j'adhère à une autre conception du ministère de l'aumônier et du travail du médecin.

C'est dans un service du malade vu dans la totalité de sa personne — et d'abord comme une personne humaine, et non pas seulement comme un « malade » — que le prêtre et le médecin doivent se situer, et c'est dans cette perspective seulement qu'ils ont quelque chance de se rencontrer pour un meilleur service de l'homme malade.

II

perspectives pour une rencontre et une collaboration

A quelles conditions cette rencontre du prêtre et du médecin est-elle possible ?

La première condition, me semble-t-il, serait que l'un et l'autre soient formés à la rencontre et à la relation.

1 une formation à la relation

Avec quelle parcimonie mesure-t-on les heures de psychologie dans la formation médicale ! Et, dans la formation cléricale, il n'en est même pas question. L'Eglise se méfie des « psy ».

Quand on m'a proposé (et non imposé, il est vrai) le ministère d'aumônier, j'ai dû me lancer sur le champ, sans aucune formation particulière. Le prêtre devait être prêt à n'importe quel ministère ; la grâce du Seigneur et sa générosité devaient suppléer à tous ses manques.

Dix ans plus tard, quand je repense à mes débuts, à la difficulté du cheminement à faire à longueur de jour avec des souffrants, des mourants, à la difficulté de « tenir » et d'aider intelligemment les malades, je dis que c'est aberrant. Nous sommes dans un « pur amateurisme ». Ce n'est respectueux ni des malades, ni des soignants avec lesquels nous sommes appelés à collaborer.

La deuxième exigence serait que, formés à la relation humaine et plus spécialement à la relation aux malades, prêtres et médecins se comportent, se voient et soient vus d'abord comme des *hommes et non comme des spécialistes du médical ou du religieux :* et que ce soit des hommes qui rencontrent d'autres hommes, frères en humanité.

2 lutter contre la dépersonnalisation

Dans ce monde dépersonnalisant qu'est l'hôpital, dans ce milieu étrange — étranger — dans lequel l'homme-malade est subitement plongé, alors qu'en même temps il est coupé de tout ce qui faisait sa vie d'homme : famille, travail, responsabilité, il a plus que jamais besoin de rencontrer des personnes et non des personnages. Il est sensible à une rencontre humaine.

Je me souviens de cette phrase terrible écrite sur son ardoise par une malade trachéotomisée et branchée vingt-trois heures et cinquante minutes par jour sur un appareil d'assistance respiratoire. Elle était là depuis plusieurs mois : « *Il n'y a peut-être pas d'heure, de nuit comme de jour, où quelqu'un ne soit entré dans ma chambre, n'ait relevé quelques données sur les appareils enregistreurs et ne les ait reportées sur le graphique,* je n'ai rencontré personne ».

Sa vie (ce qui lui restait de vie) semblait réduite à cinq ou six courbes qui figuraient sur un immense papier millimétré qu'elle avait continuellement devant elle.

Inversement, une personne m'écrivait qu'elle se souviendrait toujours (et elle s'en est effectivement souvenue les neuf années qu'a duré, jusqu'à sa mort, sa maladie) d'un de ces messieurs qui, au cours de sa visite, alors que son état semblait désespéré, s'était assis à côté de son lit, lui avait pris la main et était resté là quelques instants en silence. Ce simple geste fut un stimulant pour la lutte terrible qu'elle a menée contre la maladie et la mort. Elle a accepté un traitement très douloureux. Il était prescrit par un médecin qui s'était révélé très humain.

3 l'écran de la technique et du « religieux »

La *technique* peut être, comme dans le cas cité plus haut, un *écran* entre le médecin et le malade. Chez le prêtre, des gestes religieux peuvent aussi faire écran parfois entre le malade et lui. C'est tellement plus facile de prescrire un traitement, de faire une piqûre ou une ponction, ou, pour le prêtre, de donner un sacrement, que de rencontrer un homme

qui souffre ou qui meurt. L'un et l'autre peuvent se tranquilliser la conscience en s'acquittant du geste qui relève de leur fonction.

Mais, au médecin qui me disait : « *A vous de jouer* », et qui pensait qu'il n'y avait « plus rien à faire », j'aurais dû répondre : « *A nous deux ensemble de jouer, jusqu'au bout* », car tous les deux, au delà des soins donnés ou des sacrements administrés, nous avions à soutenir un frère dans son combat contre la mort, dans le support difficile des angoisses occasionnées par l'approche de la mort.

4 l'attente du malade

De l'un comme de l'autre, le malade ou le mourant attend encore autre chose.

Du prêtre, il est en droit d'attendre qu'il soit un homme proche de lui, fraternel, avec lequel, au delà peut-être des préjugés qu'il a l'égard des prêtres en général, il pourra se sentir en confiance, se lier d'amitié. Au cœur de l'amitié, on peut se dire bien des choses, se libérer, faire la vérité en soi. A celui qui est croyant ou en recherche de Dieu, le prêtre pourra alors, quand le malade le lui demandera, lui révéler ce qu'est sa foi, celle de l'Eglise, lui dire qui est Jésus-Christ pour qui il a un faible, l'aider à assumer en croyant sa maladie, l'éventualité de la mort.

Du médecin, le malade est en droit d'attendre qu'il soit un homme et un médecin qui ne se soucie pas seulement d'un organe malade, mais qui le rejoigne dans toutes ses dimensions d'homme : physiques, psychiques et sociales, quelqu'un à qui il puisse parler, avec lequel il puisse dialoguer, duquel il soit compris. Il s'associera alors volontiers aux efforts du médecin, devenu ami aussi pour le soigner.

En un mot, que l'aumônier n'assiste pas seulement l'âme du n° 18, que le médecin ne soigne pas seulement les artères du n° 18, mais que tous deux soient au service d'une personne atteinte d'une artérite, qui souffre dans son corps et dont toute la vie est perturbée par son mal.

Que le médecin reconnaisse le rôle important de la psychologie dans son travail, la place du psychique dans la vie de son malade ; que le prêtre ne se laisse pas enfermer dans un « religieux », un spirituel désincarné, mais rejoigne un homme dans la globalité de sa vie — corps et esprit ; alors, si médecin et prêtre s'estiment mutuellement, communiquent ensemble, il peut en ressortir pour le malade un bienfait considérable. Je peux d'expérience en témoigner.

5 un commun service des hommes

Cette relation médecin-aumônier est difficile à construire ; il faut la vouloir, et compter avec le facteur temps. Un travail de connaissance mutuelle des deux fonctions hospitalières est à mener. Il se fait, depuis plusieurs années, dans des rencontres « Médecins-Aumôniers », au niveau de l'ensemble de la région parisienne. Il en ressort une compréhension du rôle des uns et des autres qui peut faciliter un travail en commun dans les divers hôpitaux.

Personnellement, à l'hôpital où j'étais affecté, c'est parfois après de nombreuses années que j'ai réussi à lever des blocages et à travailler — associé étroitement à la vie de certains services — avec tel ou tel médecin [1]. L'estime mutuelle que nous nous portions et qui était connue des malades et du personnel soignant, les échanges que nous pouvions avoir sur tel malade, changeaient notre relation avec celui-ci. Le crédit que nous nous accordions sécurisait le malade, l'apaisait, soutenait sa confiance et son moral à des moments difficiles et pouvait jouer un très grand rôle aussi auprès de la famille du malade, pendant sa maladie et au moment de sa mort.

Les bonnes relations médecin-aumônier rejaillissent sur l'ensemble du service.

signes d'espérance

Neuf ans ont passé depuis que je me présentais comme aumônier aux différents chefs de service d'un hôpital général.

Il y a six mois, je refaisais la même expérience dans un hôpital psychiatrique. J'ai été partout très bien accueilli.

Sans doute cela tient-il, pour une part, au fait qu'un psychiatre a un autre regard sur l'homme qu'un spécialiste des voies digestives ou respiratoires et qu'il a spontanément une autre écoute de tout homme (et donc aussi du prêtre) appelé à visiter ses malades, car toute relation avec eux possède à ses yeux — ou peut avoir — une valeur thérapeutique. Mais l'accueil tout différent que j'ai reçu (quarante-cinq minutes au lieu de

1, Cf. « Confilts et réconciliation à l'hôpital », **Médecine de l'homme,** mai 1975, et « La pastorale du mourant », **Ibid.,** janv. 1976.

quarante-cinq secondes, par exemple), ne tient-il pas aussi à ce que quelque chose a changé dans le milieu hospitalier ? J'ose le croire.

Les six premiers mois passés là m'ont permis des liens et une collaboration que j'avais mis des années à obtenir dans ma précédente aumônerie. Sans doute aussi, ai-je moi-même changé ?

Il reste que l'avenir est, pour moi, éclairé par une grande ESPERANCE, celle d'une collaboration possible avec les médecins pour un meilleur service des malades.

philippe deschamps

ivan illich :

la santé est une tâche

Plusieurs fois, au cours de ce cahier de Lumière et Vie, *il est fait allusion aux thèses d'Illich sur la médecine. Au reste, elles ont fait sensation, et tout le monde en parle. Pour ne pas en rester à la vague connaissance charriée par la rumeur publique, il a semblé utile de demander à un bon connaisseur des travaux d'Illich de donner ici une présentaiton, tout ensemble concise et suffisamment précise, de ses prises de position face aux problèmes de la santé. La note que l'on va lire vise donc à donner une information minimale telle que les diverses allusions rencontrées dans les autres articles puissent être plus clairement comprises.*

Avec *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*[1], Ivan Illich apporte une contestation radicale au sein du débat sur la médecine.
Pour la comprendre, il faut la situer au sein de la critique globale de la société industrielle qu'Illich cherche à formuler depuis quelques années. Il ne s'agit pas d'une thèse sur la médecine mais d'une illustration, à travers l'exemple de la médecine — venant après ceux de l'école[2] et des transports[3] — des dommages qu'inflige le mode industriel de production dans son ensemble.

la démesure industrielle

Ces dommages ne sont pas dûs uniquement à une mauvaise gestion ou à la mainmise de la classe dominante sur les institutions majeures de notre société : industrie, transports, éducation, médecine... Car, aux deux sources de maux que l'homme a dû affronter tout au long de l'histoire, à savoir les éléments naturels et la violence — et l'exploitation — exercées par ses semblables, vient s'ajouter désormais une troisième : l'« hybris », c'est-à-dire la prétention sans bornes, la démesure que l'homme porte en lui-même et qu'il matérialise aujourd'hui dans ses propres créations techniques.

1. Ivan ILLICH, **Némésis médicale, l'expropriation de la santé** (Technocritique), Paris, Seuil, 1975.
2. ID., **Une société sans école,** Paris, Seuil, 1971.
3. ID., **Energie et équité,** Paris, Seuil, 1973 et 1975.

Si la sécheresse, la tempête et les inondations existent toujours, si la guerre, la torture et l'exploitation capitaliste sont encore une réalité sinistre, les propres outils de l'homme peuvent désormais le menacer gravement, dès lors que la science et la technique lui permettent de donner libre cours à son hybris, à ses rêves illimités, à une échelle inconnue jusque-là dans son histoire.

C'est ce terrain que vise la dénonciation d'Illich. Il n'ignore pas les différentes formes d'oppression de l'homme par l'homme, mais il tente de révéler une oppression plus grave encore, qu'il situe à la racine de la crise qui s'amorce dans les sociétés industrialisées et que nous avons beaucoup de peine à percevoir parce que nous partageons largement le « rêve malsain » qui la suscite : l'oppression de l'homme par ses propres outils surpuissants, en raison de leur structure même.

la contreproductivité

Une première formulation d'une critique globale du mode industriel de production se trouve dans *La convivialité,* publiée en 1973 [4]. Un chapitre clé de *Némésis médicale* [5] en donne une nouvelle, plus ferme, plus percutante : le résultat paradoxal des moyens surpuissants actuellement mis en œuvre pour atteindre les différentes fins sociales (biens de consommation, éducation, mobilité, santé, ...) est un éloignement de ces fins, éloignement qui s'accentue à chaque effort supplémentaire pour les atteindre.

Ainsi la scolarisation universelle stérilise la curiosité d'apprendre, l'extension des transports motorisés en ville ralentit tout le monde, la médicalisaiton généralisée abaisse le niveau de santé global de la population. C'est ce phénomène paradoxal qu'Illich appelle « contreproductivité globale » ou « Némésis » [6] : « *Chaque institution produit plus de barrières à la réalisation de son objectif que de facilités pour l'atteindre. A chaque accroissement du produit correspond un éloignement du but, qui déclenche un redoublement de l'effort. Cette programmation du contre-sens est le fondement de la notion de Némésis industrielle* » [7].

4. ID., **La convivialité,** Paris, Seuil, 1973.
5. Cf. « Les deux dimensions de la contreproductivité industrielle », **Némésis médicale...,** ch. 3, pp. 83-100.
6. Némésis est le châtiment interminable infligé par les dieux de l'Olympe à Prométhée pour avoir dépassé les mesures humaines par ambition et présomption sans bornes.
7. **Némésis médicale...,** p. 93.

Cette contreproductivité ne réside pas seulement dans les « coûts externes » des différentes entreprises industrielles dont nous commençons actuellement à mesurer l'ampleur : pollution, nuisances, effets secondaires des médicaments, etc... Elle ne se réduit pas non plus à l'encombrement d'une institution par son propre produit, comme lorsque « *chaque voiture qui s'ajoute à la circulation du boulevard périphérique aux heures de pointe augmente le temps pendant lequel des milliers d'autres voitures sont obligées de s'y traîner* » [8].

La contreproductivité, c'est tout cela, mais aussi — et surtout — quelque chose de plus radical encore : c'est l'impuissance à laquelle chacun est réduit dans son activité productive personnelle, autonome, parce que « *le monopole d'un produit hétéronome prive les personnes de toute capacité d'accomplir par leurs propres forces une action homologue. C'est le cas quand le système des transports empêche la circulation à pied ou quand le système médical empêche l'autorégulation des organismes* » [9].

Précisons tout de suite qu'il ne s'agit pas d'une nostalgie de l'époque artisanale, d'une idéalisation de la « guérison naturelle » ou de la préconisation d'un sauvage « chacun pour soi ». Pas du tout.

Il s'agit de mettre en évidence la structure double des moyens sur lesquels les sociétés humaines se sont appuyées tout au long de l'histoire pour tenter de répondre aux besoins de l'existence, et plus particulièrement, l'importance d'un équilibre entre ces deux types de moyens : « *dans toutes les sociétés post-néolithiques, deux modes de production que j'appellerai* mode de production autonome *et* mode de production hétéronome, *ont toujours concouru à la réalisation des objectifs sociaux majeurs* » [10]. Le premier repose sur les *valeurs d'usage* dont les gens jouissent depuis toujours de façon autonome : « *les gens apprennent en observant et en agissant ; ils se déplacent par leurs propres moyens, ils guérissent, ils prennent soin de leur santé et de celle des autres* », ils préparent leur nourriture, etc... Le second repose sur des *marchandises* produites à l'aide d'outils (d'organisations) de grande taille : éducation produite par l'école, vitesse produite par le réseau de transports motorisés, soins produits par l'appareil médical, plats cuisinés produits par l'industrie alimentaire...

8. **Ibid.**, p. 94.
9. **Ibid.**, p. 95.
10. **Ibid.**, p. 89 (c'est nous qui soulignons certains mots).

« L'efficacité atteinte par une société dans la poursuite de ses objectifs sociaux dépend du degré de synergie *entre les deux modes de production, le mode autonome et le mode hétéronome* (...). *Elle dépend de la mesure dans laquelle la combinaison d'une prise en charge de soi-même et d'interventions médicales, de l'auto-apprentissage et de l'instruction par des tiers, de la marche à pied et du transport par véhicule, donne un résultat non seulement plus grand mais également plus satisfaisant que le recours au seul mode autonome »* [11].

Elle dépend aussi des applications techniques des découvertes scientifiques qui peuvent améliorer la productivité de chacun des modes : le roulement à billes s'applique au vélo comme à la D.S. *« Tant que les innovations techniques améliorent à la fois la production autonome et la production hétéronome, la synergie sociale positive entre les deux s'accroît* (...). *Dès que le mode hétéronome est privilégié au delà d'un certain point, il s'établit un monopole radical sur le procédé de production dans son ensemble et dès lors, la croissance des inputs hétéronomes ne se traduit plus que par un déclin de la synergie productive. Cette synergie devient bientôt négative et aboutit à un phénomène paradoxal de contreproductivité qui se développe en boule de neige »* [12].

« L'homme est exploité par un transport chronophage qui, en plus, annule la valeur d'usage de la mobilité que lui permettent ses pieds ; l'homme est exploité par une médecine iatrogène, qui, en plus, paralyse son pouvoir de réaction » [13].

Désormais tous les efforts de type « industriel » pour améliorer la situation ne pourront que l'aggraver. La société industrielle comporte un déséquilibre radical vers l'hétéronomie ; la contreproductivité qui en résulte est à la racine du blocage de ses principales institutions, l'une après l'autre, et de la crise mondiale qui s'amorce.

Le cas de l'entreprise médicale le montre bien.

Parvenue au point où la santé est devenue l'affaire exclusive d'une institution rationnellement planifiée, chargée de la « produire » et de « l'améliorer » indéfiniment, elle devient la cause majeure du déclin

11. **Ibid.**, p. 92 (même remarque que ci-dessus).
12. **Ibid.**, pp. 92-93.
13. **Ibid.**, p. 95. « Iatrogène » signifie dans la phrase ci-dessus que la médecine ainsi qualifiée produit des effets dommageables par son propre exercice. La « iatrogénèse » désigne ces effets dommageables produits par les médecins eux-mêmes.

général de la santé ; désormais toute médicalisation accrue aura pour effet d'augmenter le mal qu'on cherche à éviter.

Un essai d'évaluation de l'efficacité réelle de l'entreprise médicale fait apparaître trois niveaux de « iatrogenèse » ou effets dommageables produits par les médecins eux-mêmes : clinique, social et structurel.

la iatrogenèse clinique

Il s'agit des dommages proprement techniques, ceux qui sont dûs aux actes médicaux, aux hôpitaux, aux médicaments : effets « secondaires » mais très réels. Ils paraissent d'abord marginaux. N'oublions pas cependant que les « succès » de la médecine sont plus limités qu'on ne le croit spontanément :

— si l'espérance de vie s'est allongée au cours des derniers siècles et si certaines maladies comme la tuberculose, le choléra, la dysenterie ont presque disparu, ceci est dû avant tout aux améliorations de l'environnement général (alimentation, logement, travail, ...) et aux activités sanitaires plus répandues (fosses septiques, utilisation du savon et des ciseaux pour les sages-femmes,...) ;

— il ne semble pas y avoir de corrélation manifeste entre l'intensité de l'acte médical et la fréquence des guérisons. Si l'intervention des médecins semble incontestablement positive dans le traitement des maladies infectieuses, elle est douteuse dans le cas des maladies non-infectieuses comme le cancer du sein ou du poumon, les maladies cardiaques congénitales ou rhumatismales, l'infarctus du myocarde, ...

Côté « actif », la réputation de la médecine est donc partiellement surfaite. Côté « passif », le poids des effets négatifs non voulus augmente désormais vertigineusement :

— les réactions aux effets nocifs des médicaments envoient de plus en plus de gens à l'hôpital (de 3 à 5 % des admissions, aux Etats-Unis) et nécessitent des traitements correcteurs prolongés ;

— les interventions chirurgicales inutiles se multiplient (certaines hystérectomies, par exemple) ;

— le dépistage des anomalies, souvent non traitables, crée des exclusions et des angoisses nouvelles, bien des fois à partir d'un diagnostic erroné ;

— les malfaçons augmentent en flèche (12 à 15 000 procès en 1971, aux Etats-Unis) ;

— les hôpitaux deviennent le lieu privilégié d'accidents et de contraction de maladies ;

— les mesures anti-iatrogènes... provoquent de nouveaux dommages au second degré !

Cette « épidémie » iatrogène prend aujourd'hui une ampleur telle qu'il ne semble plus possible de conclure que l'acte médical a une efficacité certaine pour améliorer la santé en général. La documentation sur laquelle Illich s'appuie est impressionnante. Toutefois, ce n'est pas sur la iatrogenèse clinique qu'il veut attirer notre attention, mais sur les deux autres niveaux de dommages infligés par la médecine.

la iatrogenèse sociale

« *La iatrogenèse sociale est une dysharmonie pénible entre l'individu situé dans son groupe et le milieu social et physique qui tend à être organisé sans lui et contre lui. Il en résulte une perte d'autonomie dans l'action et dans le contrôle du milieu* (...). *La prise en charge institutionnelle de la population par le système médical enlève progressivement au citoyen la maîtrise de la salubrité, dans le travail et le loisir, la nourriture et le repos, la politique et le milieu, elle constitue un facteur essentiel de l'inadaptation croissante de l'homme à son environnement* »[14]. La médicalisation finit par produire une société morbide et par la dissimuler, ce qui se retrouve sous six aspects différents :

1. Dans les budgets des nations développées, les dépenses médicales prennent une place prépondérante, approchant les 10 % du produit national brut, avec des taux de croissance annuels de 8 à 10 % (comme en France), où le coût croissant des soins hospitaliers est un facteur majeur (l'équipement d'un lit d'hôpital coûte aux Etats Unis 85 000 dollars). Ceci alors même que, pour la première fois dans une société industrielle, l'espérance de vie de l'adulte américain de sexe masculin commence à... décliner !

2. Les dépenses pharmaceutiques ont augmenté, en France, à un taux de 16 à 17 % par an pendant les années 60, et le nombre d'ordonnances, de 5 à 6 % par an. Simultanément le nombre de substances chimiques prescrites par consultation s'est multiplié. Cette « *surconsommation est malsaine par l'effet social qu'elle produit et qui se reflète dans les attitudes du médecin et du malade. Le médecin recherche l'efficacité de l'acte*

14. Ibid., pp. 47-48.

technique même au prix de la santé du malade et celui-ci se soumet au réglage hétéronome de son organisme, ce qui veut dire qu'il se transforme en patient »[15]. Rien d'étonnant alors à ce que les tranquillisants « *soient le type d'armes dont l'usage s'amplifie le plus vite* ».

3. La médicalisation des différents âges de la vie humaine enferme les gens dans un milieu qui les entrave : « *le profane accepte comme une chose « naturelle » et banale le fait que les gens ont besoin de soins médicaux de routine tout simplement parce qu'ils sont en gestation, qu'ils sont nouveaux-nés, enfants, dans les années climatériques ou qu'ils sont vieux. Quand on en est arrivé à ce point, la vie n'est plus une succession de différentes formes de santé, mais une suite de périodes qui exigent chacune une forme particulière de consommation thérapeutique. A chaque âge correspond alors un environnement spécial pour optimiser cette santé-marchandise : le berceau, le lieu de travail, la maison de retraite et la salle de réanimation. Le sujet se trouve mis en cage dans une ambiance faite pour les membres de sa catégorie, telle que l'aperçoit le spécialiste bureaucratique chargé de sa gestion* »[16].

Le cas le plus flagrant est le sort fait aux vieux, considérés de plus en plus comme des malades, et non pas comme des gens d'une certaine condition tout simplement par leur âge.

4. La médicalisation de la prévention étend le contrôle professionnel aux soins dispensés à des gens en parfaite santé. Les soins de santé ne sont plus alors quelque chose qu'on fait, mais une marchandise : il faut consommer des visites mensuelles prénatales et du *check-up*. Non seulement l'efficacité de ces dépistages précoces peut être douteuse (danger de certains examens, angoisse accrue chez les bien-portants, thérapeutiques douloureuses et longues pour des maladies bien souvent incurables ...), mais « *cette pratique renforce les gens dans la conviction qu'ils sont des machines dont la durabilité dépend de la fréquence des visites à l'atelier d'entretien* »[17] et non pas d'une prise en charge de leur propre santé, par une prévention véritable.

5. La médicalisation de la « protection » contre la mort : une part croissante des fonds publics est affectée au développement de techniques qui visent à prolonger la vie des mourants (services de soins cardiaques intensifs, transplantations d'organes, ...). Ici l'effet technique de la

15. **Ibid.**, p. 56.
16. **Ibid.**, pp. 61-62.
17. **Ibid.**, p. 69.

médecine s'efface devant sa fonction magique : « *la médecine de pointe est l'élément le plus solennel d'un rituel qui célèbre et consolide le mythe selon lequel le médecin livre une lutte héroïque contre la mort* »[18]. Ces rituels coûteux entretiennent l'illusion que les médecins dispenseront des guérisons miraculeuses et une santé indéfiniment améliorée.

6. L'investissement thérapeutique du milieu par un conglomérat de professionnels des soins (médecins, chercheurs, administrateurs hospitaliers, gestionnaires de la santé publique ...) multiplie les catégories de gens définis comme malades ou plus précisément comme patients. « *Le pouvoir médical de certifier que quelqu'un est malade a été remplacé par la présomption bureaucratique du gestionnaire de la santé publique qui classe les gens en fonction de l'importance et de la nature de leurs besoins thérapeutiques* (...). *Les gens en sont venus à reconnaître ce nouveau droit des professionnels de la santé à intervenir dans leur vie au nom de leur propre santé* »[19]. Ils laissent alors se développer une société morbide qui multiplie les causes d'inadaptation physique, mentale et sociale et qui, en recomposant l'environnement, les prive du pouvoir et de la volonté d'agir de façon autonome.

la iatrogenèse structurelle

Le dommage le plus grave infligé à la santé par l'entreprise médicale envahissante tient à sa structure même. Il découle de ce que la santé est essentiellement une *tâche* personnelle à assumer, de ce qu'elle demande une responsabilité personnelle devant la douleur, l'infirmité, la maladie et la mort. Cette tâche s'inscrit toujours dans une culture, qui lui donne forme et sens. La santé est toujours liée à une culture. Cela se comprend si l'on considère avec certains anthropologues que toute culture est un ensemble de mécanismes, de codes de régulation, d'instructions qui comblent le vide entre la programmation du comportement humain par l'instinct, tout à fait embryonnaire chez l'homme, et les capacités du cerveau humain ; contrairement à l'animal, l'homme ne peut pas se fier à ses instincts pour guider son existence et il a désespérément besoin d'une culture pour lui donner « les indications de départ », sans quoi le chaos de ses potentialités latentes le menacerait : « *La culture est un « cocon » nécessaire à la survie* »[20].

18. **Ibid.**, p. 72.
19. **Ibid.**, p. 80.
20. **Ibid.**, p. 132.

« *Toute culture élabore et définit une façon particulière d'être humain et d'être sain, de jouir, de souffrir et de mourir* »[21]. Elle fournit ainsi le sens que l'homme donne à la souffrance, à l'infirmité et à la mort : « *C'est le rôle essentiel de toute culture viable de fournir des clés pour l'interprétation de ces trois menaces, les plus intimes et les plus fondamentales qui soient. Plus cette interprétation renforce la vitalité de chaque individu et plus elle rend la pitié envers l'autre réaliste, plus on peut parler d'une culture saine* »[22]. Aspects techniques, sociaux et symboliques s'intègrent pour tisser cet ensemble culturel et soutenir son efficacité. Bien que techniquement faibles, et souvent mêlées de superstition, les cultures traditionnelles ont une fonction hygiénique réelle, car elles soutiennent chaque homme « *confronté à la douleur, à la maladie et à la mort en leur donnant un sens et en organisant leur prise en charge par lui-même ou par son entourage immédiat* »[23].

La menace de l'entreprise médicale moderne vient de ce qu'elle a une ambition à laquelle aucune culture antérieure n'a prétendu : éliminer la douleur, supprimer la maladie, faire reculer indéfiniment la mort. Par là-même le corps médical fait de ces trois domaines son affaire à lui : la douleur est réduite à un problème strictement technique et individuel, géré extérieurement par des professionnels, ce qui supprime du même coup la capacité de faire face à la douleur — indice important de la capacité de vivre — et interdit l'accès libre et responsable aux analgésiques modernes (cf. le débat sur l'euthanasie où l'on présuppose spontanément que la décision relève du médecin et non du malade !).

La maladie est privée de toutes références à l'environnement et aux conditions de vie qui peuvent la provoquer, le médecin étant seul accrédité pour déclarer si quelqu'un est malade ou non, le diagnostic et le traitement se formulant dans un langage qui en interdit la compréhension et l'accès au malade lui-même.

La mort est escamotée, toutes les formes de mort étant déclarées « indésirables », sauf une, celle qui correspond au dernier acte de consommation industrielle obligatoire et dont le médecin reste l'unique et ultime arbitre : la mort sous thérapeutique intensive dans la solitude de la salle de réanimation aseptisée[24].

21. **Ibid.**, p. 132.
22. **Ibid.**, p. 133.
23. **Ibid.**, p. 134.
24. Il est impossible de résumer en quelques lignes l'histoire des attitudes culturelles envers la douleur, la maladie et la mort, qu'Illich retrace dans les chapitres 6, 7 et 8 de ce même ouvrage.

A ce degré de dépendance envers l'appareil médical, l'individu perd toute responsabilité de sa propre santé. L'hétéronomie prend le dessus : « *l'institution assure la gestion de la fragilité* (de l'existence) *et en même temps restreint, mutile et finalement paralyse la possibilité d'interprétation et de réaction autonome de l'individu confronté à la précarité de la vie* » [25]. Une des sources principales de la santé est tarie et l'équilibre entre les deux modes de production de celle-ci, autonome et hétéronome, est définitivement rompu. Le niveau de santé régresse structurellement : c'est la iatrogenèse structurelle.

Ni le contrôle des associations de consommateurs sur les produits pharmaceutiques et la qualité des services hospitaliers, ni le contrôle public du complexe médico-industriel, ni la réforme de l'organisation interne de la profession médicale, ni la revalorisation des professions paramédicales, ni enfin, la planification du milieu par une administration de médecins-ingénieurs ne peuvent arrêter une telle régression structurelle, car ces solutions renforceraient toutes la légitimité de l'appareil hétéronome.

Seule peut y parvenir une proscription de la production « industrielle » de la santé, ce qui suppose une action politique pour le droit concret de chacun à l'acte productif autonome, grâce à une ample déprofessionnalisation des soins, à la sélection scientifique des principales thérapeutiques réellement efficaces, à l'accès des gens aux connaissances médicales nécessaires face aux maladies courantes, au libre accès à une pharmacopée simplifiée et à la disposition de moyens matériels simples inscrits dans un environnement matériel et culturel plus dense. Le médecin et l'hôpital y garderont une place, mais circonscrite et limitée, de façon à rester en synergie positive avec les moyens d'action autonome.

ingmar granstedt

25. **Némésis médicale...**, pp. 134-135.

argan chez sganarelle

ou le quiproquo du malade imaginaire et du médecin malgré lui

Argan chez Sganarelle ? Quelle plaisanterie, au moment de parler de notre médecine, que cette résurrection des Diafoirus du Grand Siècle. Car la médecine a changé, prodigieusement, depuis Louis XIV... ou simplement depuis un quart de siècle. Oui, mais le médecin et le malade ? Sans invoquer l'immuable « nature humaine », il faut bien constater que nous n'appréhendons notre corps et donc nos maladies qu'au niveau de l'imaginaire. Et ce qui parle là, c'est notre désir de plaisir et notre peur de la mort, sous toutes sortes de déguisements. Le médecin n'échappe bien sûr pas à cette théâtralisation, magicien tout-puissant chargé d'exorciser la mort et de permettre le plaisir. Rôle surhumain dont il ne veut pas, mais auquel il ne consent que trop, car lui aussi est hanté, comme son patient, par ces mêmes images. Cette toute-puissance, révolue du fait des acquis de la science, mais toujours exigée par l'attente du malade, le médecin n'arrive pas à s'en défaire. Aussi continuera-t-on sans doute longtemps encore à envier et à dénoncer l'exorbitant pouvoir de ce dépositaire malgré lui de notre mort et de notre plaisir.

Depuis quelques années, je rêve de lire un jour une pièce que Molière n'a pas écrite et qu'il eut été le seul à pouvoir composer. Il est vrai que les temps ne s'y prêtaient guère. Mais si, trois siècles après sa mort, il pouvait regarder à nouveau médecins et malades de son œil critique, il trouverait les éléments qui lui faisaient défaut sous le règne de Louis XIV pour mener à bien une entreprise courageuse : publier enfin sa meilleure pièce : *Argan chez Sganarelle,* ou la rencontre du malade imaginaire avec le médecin malgré lui. Cette comédie n'est pas très drôle, du moins telle que je me la représente, et je crains qu'elle n'ait guère de succès. Tout le monde sait que nous n'en sommes plus à l'or potable, aux clystères et aux saignées. Les malades sont de vrais malades, au point de connaître leur diagnostic avant la consultation, et les charlatans ne peuvent les berner en prescrivant je ne sais quelle poudre de perlimpinpin. Il n'y a d'ailleurs plus de charlatans, mais un corps médical solidement planté sur des bases scientifiques et armé jusqu'aux dents de techniques sérieuses que physiciens et chimistes lui ont abandonnées

après les avoir longuement éprouvées. Pourtant, je rêve encore de cette œuvre posthume que Molière aurait su rendre drôle.

Car Molière fait toujours rire, même si c'est un peu jaune. Il fait même toujours rire des médecins, de leur impuissance masquée par un discours sybillin, de leurs prétentions scientifiques et de leur costume ridicule. Il fait rire aussi des malades, ce qui est moins facile, en stigmatisant leur crédulité, leur confiance aveugle dans le médecin, leur désespoir devant l'abandon, leur capacité insondable à brûler ce qu'ils adoraient, avec, au bout du compte, cet infantilisme comique de personnes qui, par ailleurs, se conduisent comme des adultes. Si Molière nous fait rire encore de ces travers d'un autre âge, il doit bien toucher en nous quelque fibre que les siècles ont laissé intacte. D'aucuns auront même la pensée sacrilège que malades et médecins n'ont guère changé depuis trois siècles et que leur relation ambiguë est restée dans la société libérale avancée identique à ce qu'elle était sous la monarchie absolue. On peut même aller jusqu'à emboucher les trompettes sonnant l'immutabilité de la nature humaine ! Je n'irai pas me fourvoyer sur cette route : les différences me paraissent l'emporter de beaucoup sur les similitudes, et la situation actuelle des médecins et des malades me semble neuve. Tellement neuve que les uns et les autres s'y trouvent sans points de repère, désorientés, anxieux, et cherchant souvent leur chemin dans des retours en arrière qui leur sont interdits.

I

une situation nouvelle

Pourquoi cette nouveauté ? Il y a trois cents ans, la situation respective des deux protagonistes est claire. Le malade sait parfaitement que le médecin, harnaché comme un clerc dans sa robe, son bonnet et son latin, sait très bien, malgré ses œillères universitaires, les limites rapidement dépassées de son savoir et de ses possiblités d'action sur la maladie. Tous deux parlent la même langue, jouent le même jeu, celui-là même que Molière n'a qu'à transposer sans forcer la caricature. Petit à petit, avec l'aide du temps, l'évolution des idées, les révolutions politiques et sociales, la médecine va changer, sans cesser de se réclamer d'Hippocrate. Mais cette complicité entre médecins et malades, ce langage commun, ce jeu harmonieux ne changent pas. Ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale que le Professeur Portes devait définir, redou-

tant d'être démenti par les réalités futures, la relation médecin-malade comme la rencontre d'une confiance avec une conscience. Or, prouver le besoin de préciser, fût-ce dans une formule frappante, ce qui n'a encore jamais eu besoin de définition, paraît le signe qu'une autre médecine est en train de naître, inquiétante, inconnue. La nôtre. Et le malade change. Pour la première fois peut-être, il croit au pouvoir du médecin et c'est de lui qu'il exige ce qu'il appelle la guérison ou la santé et qui n'est que la possibilité d'être heureux et de vivre bien. Alors le médecin, fort de possibilité techniques encore jamais atteintes, se voit interpellé dans un lieu où il n'est pas et sommé de répondre à des questions formulées dans une langue autre que la sienne. Plus de dialogue : un quiproquo où le malade (imaginaire) enrage d'être à ce point incompris par le médecin (malgré lui).

1 brève rétrospective

Je reviendrai longuement sur ce malentendu. Il me faut auparavant faire un rapide survol des trente dernières années pour marquer à quel point les conditions de la rencontre entre médecin et malade ont changé. Il ne s'agit pas d'un inventaire, même résumé, qui réclamerait au moins la totalité de ce numéro. Je voudrais simplement évoquer quelques aspects de la mutation réalisée en une seule génération, pour frapper l'imagination d'un lecteur peu averti. Il n'est pas inutile de savoir, par exemple, que les dépenses pour la santé augmentent en proportion sensiblement plus rapidement que le Produit national brut de la France, au point d'en constituer 2,8 % en 1950 et 5,6 % en 1968. On sait que la consommation médicale augmente d'autant plus que le niveau de vie est élevé, ainsi qu'en témoignent les chiffres précédents. On sait peut-être moins l'efficacité certaine de cette consommation : en dix ans, de 1960 à 1970, le nombre de personnes âgées de plus de soixante-cinq ans augmente en France d'un million, passant de 5,5 millions à 6,5 millions.

Quittons les chiffres, pour essayer de nous représenter le médecin d'il y a trente ans. Son arsenal thérapeutique ne possède qu'un seul antibiotique, la pénicilline, qui arrive au compte-gouttes des U. S. A., et qu'il ne peut prescrire que dans les cas graves pour ne pas épuiser les faibles stocks. Le chirurgien français n'a pas encore assimilé les techniques de réanimation nées de la guerre, et chaque intervention se fait dans la hantise du choc opératoire ou de l'infection. La tuberculose continue ses

ravages et on fait confiance à l'air pur des montagnes ou à la suralimentation. Les anti-cancéreux n'existent pas, mis à part le radium. Tranquillisants, neuroleptiques, anti-dépresseurs restent dans le domaine de l'utopie et les fous croupissent dans les asiles, ce qui n'a pas trop d'importance, puisque la moitié d'entre eux sont morts de faim et de froid pendant l'occupation. La cortisone et ses dérivés sont inconnus. La néo-natologie (étude et soins des nouveaux-nés et des prématurés) n'ébauche que quelques balbutiements. Bref, au lendemain de l'horrible hécatombe de 39-45, mieux vaut ne pas être malade ! Et pourtant — c'est le dernier point d'histoire que je veux signaler — cette période qui nous semble aujourd'hui quasi préhistorique est celle où, pour acte de naissance, l'O. M. S. (Organisation mondiale de la santé) publie sa « charte » en y inscrivant de façon aussi provocante que prophétique le « droit à la santé » pour tout individu.

2 la revendication du droit à la santé

Les textes de lois sont caducs presque dès leur promulgation. Il en va autrement des grands principes qui les inspirent. Lorsque les révolutionnaires de 1789 inventaient les droits de l'homme et du citoyen, peut-être n'avaient-ils qu'une obscure prescience des conséquences de leur décision, mais ce dont ils étaient sûrs, c'est qu'il ne s'agissait pas d'une loi occasionnelle, dictée par les circonstances : ils ne faisaient qu'exprimer dans leur langue les aspirations confuses d'une masse d'hommes et de femmes qui n'avaient jusqu'ici jamais pensé avoir ces droits tout en ressentant avec acuité que « quelque chose » n'allait pas et devait changer. Il doit en être de même pour les fondateurs de l'O. M. S. quand ils inscrivent ce nouveau droit de l'homme sur leurs tablettes. Il n'a pas encore eu la fortune des précédents, mais, sans le connaître (quel Français connaît la charte de l'O. M. S., rejeton du machin, je veux dire de l'O. N. U., qui nous a persécutés si longtemps... ?), les hommes et les femmes qui nous entourent, tous malades en puissance, le revendiquent quotidiennement dans le cabinet médical ou les lits hospitaliers. Bien entendu, ces revendications ne sont pas toujours satisfaites, il s'en faut de beaucoup. Amer, aigri, le médecin ne comprend pas pourquoi il est ainsi l'objet de l'agressivité générale, de même que le patron d'une petite entreprise peu florissante reste ébahi devant la création d'une section syndicale ou le dépôt d'un préavis de grève... On peut simplement se demander si le médecin n'est pas devenu de nos jours un nouveau bouc émissaire supportant, bien malgré lui, des attaques qui, en réalité,

devraient se porter aussi ailleurs. Là encore, l'O. M. S. peut nous aider à y voir plus clair : ambitieuse, utopique peut-être, sa charte définit la santé comme un état de bien-être physique, mental et social, au lieu de se contenter de l'approximation négative que serait l'absence de maladie ou d'infirmité. Que le but ainsi fixé reste encore lointain, pour ne pas dire eschatologique, ne doit pas nous empêcher de percevoir qu'il ne sera approché qu'au prix d'un effort collectif où le médecin ne peut avoir qu'un rôle presque mineur, déterminé qu'il est par la pression socio-économique qu'exerce sur lui tel ou tel type de société. Aussi les solliciteurs en quête de la santé pourraient y regarder à deux fois avant de se lancer dans des diatribes qui trop souvent se trompent d'adresse en visant le médecin, qui n'en peut mais. Quant à ce dernier personnage, il faudra bien qu'il consente un jour à n'être que ce qu'il est, en renonçant à revendiquer hautement une responsabilité personnelle qui laisse croire à tous, à commencer par lui-même, qu'il est l'unique garant de la santé de ses semblables. Pour comprendre quelques-unes des raisons de cet aveuglement persistant qui fait la trame de l'incompréhension et de l'agressivité réciproques entre médecin et malade, nous allons revenir à cette minute primordiale où Argan frappe à la porte de Sganarelle.

II

le corps souffrant du malade

En franchissant le seuil d'un cabinet médical ou d'une consultation hospitalière, le malade, vous ou moi, vient présenter au médecin un corps souffrant. Du moins est-ce ce que nous croyons faire. Et déjà il nous faut poser la question de savoir s'il existe entre notre corps et notre souffrance un rapport aussi étroit que nous l'imaginons. Si le malade consulte un médecin, c'est parce qu'il souffre, mais aussi parce que c'est son corps qui parle de cette souffrance. Nul ne pense à se rendre chez un disciple d'Hippocrate quand il souffre d'une déception amoureuse, d'un deuil, d'un échec, de la pauvreté, des brimades d'un patron, des tracasseries de l'administration, du poids des impôts, voire de la pluie qui vient lui gâcher son week-end. Ces souffrances-là sont normales et, au diable l'étymologie, non-pathologiques. Il faut donc que le corps parle, et notre corps a ceci de particulier que nous ne l'entendons que lorsqu'il exprime une souffrance, comme en témoigne l'aphorisme de Carrel : « *L'organisme sain est muet* ».

1 corps réel, corps imaginaire

Mais ce corps parlant, ce corps souffrant n'est pas le corps réel que connaissent les anatomistes, sans parler des chimistes et des physiciens. Ce n'est qu'un corps imaginaire, ce n'est que l'image que nous nous faisons de notre corps. A tel point que pas un d'entre nous, médecins compris, n'a pu s'empêcher de dire : « j'ai mal aux reins » pour exprimer la souffrance de son dos, ou « j'ai mal au cœur » quand il a envie de vomir. Tout le monde sait que l'intégrité du cœur et des reins n'est pas en cause, parce que le langage a permis à ces images de devenir la propriété de tous. Mais on peut aller encore plus loin et utiliser l'image de notre corps pour exprimer un déplaisir apparemment peu corporalisé. Tel hâbleur nous « fait marcher » sans que nous quittions notre fauteuil, un autre nous « casse les pieds » sans plaie ni fracture et les pires nous « font ch... » sans remédier pour autant à une éventuelle constipation. Etrange langage, images bizarres que nous portons en nous et qui modèlent cette image du corps dont les liens avec notre corps réel restent ténus.

Certains lecteurs vont penser que j'exagère. On pourrait croire en effet que l'allongement de la scolarité autorise chacun à posséder quelques clartés sur la réalité de notre corporéité. De même, notre époque a vu naître la vulgarisation médicale et il n'existe pas en France de journaux négligeant cette rubrique prisée de tous les lecteurs. Enfin les « médicales » de la télévision ont largement dispensé une culture de masse pour des millions de téléspectateurs. Le résultat le plus clair de cette entreprise de démythification de la médecine, fort souhaitable apparemment, est d'accentuer la distance existant entre notre corps imaginaire et notre corps réel en présentant à chacun d'entre nous des images de corps, qu'ils soient sains, réparés ou réparables, images dont l'impact est tel que grandit dans nos esprits une sorte de corps idéal, plein de santé, de vigueur et de beauté, mais totalement imaginaire. Je n'en veux pour preuve que le rapport de la femme à son corps aujourd'hui : elle se dira toujours trop grosse, ou trop maigre, elle aura des seins trop petits, trop gros, trop lourds, des jambes trop courtes ou trop longues, une taille trop étroite ou trop épaisse, des chevilles et des poignets trop fins ou le contraire, bref, elle n'est jamais comme il faudrait qu'elle soit. Or, c'est notre société, et elle seule, qui fixe les normes de ce corps féminin idéal qui n'existe que dans notre imagination. Ainsi habitée par ce qu'elle devrait être, la femme va donc dans un premier temps se ruer sur toutes les pommades-miracles en vente dans les parfumeries,

dépenser une fortune en onguents vantés par la publicité ou par la voisine, puis se livrer aux affres de la sacro-sainte cure d'amaigrissement sous ses divers modes (du régime de famine à la pilule excitante), avant d'aller en désespoir de cause se livrer aux délices de la chirurgie esthétique, si ses moyens financiers le lui permettent. Caricature ? Soit. Mais les plus sages de nos compagnes ne font que renoncer à la réalisation de leurs rêves en acceptant leur corps, c'est-à-dire leurs difformités imaginaires en regard de ce corps idéal qui accomplirait leur désir. Désir... Il fallait bien finir par écrire ce mot et constater que notre corps réel est le support de nos désirs, un corps désirant, désiré et qui se moque complètement de ses besoins en calories, en oxygène ou en chlorure de sodium. C'est bien ce corps de désir, ce lieu de plaisir et de déplaisir, ce corps imaginaire que nous portons chez le médecin. Nous verrons plus loin combien ce corps-là l'embarrasse.

2 argan vit de sa maladie

Nous ne nous sommes pas autant égarés que l'on pourrait croire loin de l'homme malade en évoquant ce corps imaginaire. La maladie est réelle, au moins dans les manuels. Mais notre maladie ne peut être qu'imaginaire, puisqu'elle s'inscrit dans notre corps, notre corps à nous, à vous, à moi, notre corps de désir. Et notre maladie imaginaire nous apporte deux sentiments contradictoires. Le premier, celui dont on ne parle jamais parce qu'il est inavouable et trop chargé de paradoxes, c'est le soulagement. Au moment même où la puissance iconoclaste du mal démolit un corps imaginaire, elle justifie rationnellement la distance amèrement constatée, mais soigneusement tue, entre le corps idéal et notre corps : si je ne suis pas le plus fort, le plus adroit, le plus beau, le plus solide, le plus aimé, c'est parce que je suis malade. J'ai le droit de m'accepter dans ma laideur et dans ma petitesse, puisque je suis malade. Mes troubles endocriniens me permettent de supporter le front haut un enbonpoint qui me faisait rougir intérieurement avant le diagnostic salvateur. Si, par malheur, un remplaçant de mon habituel praticien m'annonçait triomphalement que mes analyses sont normales et que me voilà guéri, je ne le lui pardonnerais jamais... Argan vit de sa maladie : l'imprudent qui la lui enlèverait serait simplement criminel. Finalement, il n'est pas si désagréable que ça d'être malade, et de méchants psychologues ont même dit qu'on y trouvait des bénéfices. Avouez que, même si on les pense, ce ne sont pas des choses à dire.

3 la menace de la mort

On ne les dit d'ailleurs pas, ces choses désagréables à entendre. On préfère s'appesantir sur l'autre aspect de la maladie : la souffrance. L'idée de nier cet aspect m'est très éloignée, mais j'aimerais qu'on examine d'un peu près cette réalité de la souffrance du malade pour y découvrir tout ce qu'elle contient d'imaginaire. Car le malheureux en proie à une rage de dents intolérable se précipite chez son dentiste et n'y pense plus le lendemain, tandis que son voisin, abruti par une grippe qui lui donne 40° de fièvre, roule dans sa tête des pensées sombres où revient comme un leit-motiv l'image de son grand-père mort d'une pneumonie à quatre-vingt-cinq ans. Il n'a que peu de douleurs, rien de comparable en tout cas avec celles qu'endure le porteur de la carie négligée, et son imagination l'emmène déjà aux portes de la mort. Dans la rue se promène un autre voisin. Il est sorti de l'hôpital la semaine dernière. Il maigrit et n'a pas très faim, bien que ses douleurs gastriques se soient atténuées depuis l'intervention chirurgicale. On ne lui a pas dit que son cancer de l'estomac était inopérable, qu'on avait dû refermer sans rien faire, qu'il lui restait très peu de temps à vivre. Alors, il attribue la faiblesse qu'il ressent à sa convalescence, en rêvant de pêche à la ligne l'été prochain. C'est un « sain » imaginaire. Pourtant, tous les trois sont malades. L'un sait que sa douleur est explicable et attend le geste technique qui la fera disparaître. L'autre sera sur pieds dans trois jours avec l'aide de quelques comprimés d'aspirine, mais il se croit mourant. Celui qui va mourir se croit guéri. Allez donc y comprendre quelque chose ! Il y a de quoi y perdre son latin... En français, cela signifie que la maladie n'est inquiétante qu'en tant que menace de mort. Mais cette menace est pratiquement tout entière dans notre imagination, au point que sa réalité peut être méconnue. La mort elle-même est-elle pour nous une réalité ? Je ne le pense pas. Nous sommes bien forcés d'être confrontés à la mort des autres ; la nôtre est une autre affaire. Inéluctable, évidente au plan rationnel, elle ne se présente à nous que dans l'imaginaire, empruntant ses traits aux morts que nous avons connues. Elle va et vient, l'image de notre mort, en dehors de toute raison. Elle apparaît à l'occasion d'une grippe bénigne, se cache lors d'une maladie grave, revient un jour de fatigue, s'impose devant les signes de l'âge, les cheveux qui se font rares, les crasses séniles qui se multiplient, pour s'effacer très vite après un bon repas où l'abus de l'alcool a rendu plus proche sa réalité.

III

l'image du médecin

Un corps de plaisir, un corps de mort, un corps et un malade imaginaires. Il manque le médecin. Ou plutôt l'image du médecin... Il n'échappe pas à cette énorme mise en scène où les images de chacun sont soigneusement articulées par l'auteur : vous, moi, nous tous. Il apparaît donc comme le *deus ex machina* pour le dénouement de la pièce. Il est, pour le malade, celui qui va permettre le plaisir et exorciser la mort. Il sait, car il a fait de longues études, il dispose d'appareils compliqués et d'analyses cabalistiques, il voit à travers l'enveloppe de notre corps, il entend des sons inaudibles. Il sait, donc il peut. Il connaît toutes les drogues, il ouvre les ventres, il greffe les cœurs. Avec lui, le plaisir redeviendra possible et la mort mourra. Alors que Sganarelle ne vienne pas s'enorgueillir d'être un habile confectionneur de fagots : quelques coups de bâton bien appliqués en feront vite un parfait médecin dans l'imagination des malades. Malgré lui. Enfin, parfois...

1 l'exorciste de la mort

Sganarelle en effet fait fort bien ses fagots : je veux dire, sa médecine. Petit à petit, le corps réel lui livre ses secrets, et le fonctionnement de cette admirable machine devient en partie compréhensible à force de dissections anatomiques, d'expérimentations physiologiques, d'analyses chimiques. Le regard médical, si bien analysé par Foucault dans *Naissance de la clinique,* se fait de plus en plus perçant, au point que celui qui aujourd'hui sonde les reins et les cœurs, réels évidemment, c'est le médecin. De là à le prendre pour Dieu... Mais la conséquence logique de cette somme de connaissances toujours accrues sur la réalité du corps humain, c'est l'occultation, elle aussi croissante, du corps imaginaire, celui que le malade vient précisément présenter. On en arrive à d'étranges paradoxes, comme celui qui nous empêche de trouver une définition scientifique de la mort réelle, comme s'il était indispensable qu'un doute permanent subsiste quant à cette réalité inacceptable. Mieux vaut également ne pas s'appesantir sur le plaisir et s'en tenir à un discours de moraliste en oubliant notre corps. Je ne crois pas que les tentatives actuelles des sexologues puissent aller très loin, bien qu'elles aient l'avantage de lever un coin du voile que les médecins avaient pudiquement jeté sur l'inquiétante sexualité. Tout se passe comme si le savoir médical

porté à un haut niveau scientifique et technique était simplement destiné à permettre au médecin d'éviter beaucoup mieux que dans le passé une confrontation avec le sexe et la mort, dont il sait qu'il sortirait vaincu.

le corps du délit

Nier la mort est un rêve universel dont la réalisation emprunte depuis toujours les mêmes chemins, aboutissant à cette route nationale qu'est la croyance en une survie par le biais de la métempsychose, de l'immortalité de l'âme ou de la résurrection des corps. Aujourd'hui s'épanouit une nouvelle foi qui n'est que l'aboutissement de la foi scientiste du XIXe siècle : l'espérance de vie (quelle jolie formule !) ne cesse de croître, au point de devenir espérance de survie. De cette foi, le médecin est le grand-prêtre, et il est légitime de se demander si sa croyance n'est pas, ici comme ailleurs, à l'origine de sa vocation. On comprend mal autrement le choix masochiste d'une profession qui oblige quotidiennement à côtoyer la mort réelle ou imaginaire, cette sorte de flirt prolongé qui recule sans cesse la date des noces, cet apprivoisement d'une bête sauvage qui reste rétive et risque à tout moment de dévorer son dompteur. Il s'agit bien de fuir la mort, sa mort, en se jetant dans la médecine, comme le faisait déjà l'Argan de Molière sur le judicieux conseil de son frère, comme le fait le soldat au bord de la défaite en se ruant dans la mêlée où il va peut-être trouver les armes qui lui manquent pour se défendre. Comme ce soldat perdu, le médecin assène des coups, se débat comme un beau diable, remporte même des succès indéniables au cours des escarmouches et peut vivre dans l'illusion d'une victoire prochaine et définitive. Il en arrive ainsi à oublier que l'ennemi contre lequel il se bat est à l'intérieur de la place, et il vole de succès en succès vers sa défaite inéluctable, vers sa mort. Pourtant, sur sa route, d'autres morts lui font signe : il ne les voit pas. Il les fuit, non plus dans un sursaut désespéré, mais dans une retraite honteuse qui le fait ressembler à une autruche enfouissant sa tête dans le sable pour ne pas voir le danger. Il faut avoir connu ces services hospitaliers où le mourant n'a plus de place. Si, par malchance, on n'arrive pas à persuader la famille de reprendre chez elle cet agonisant (« Il vaut mieux pour lui qu'il meure dans sa maison. Il sera plus entouré. Ce sera sa dernière joie. »), il faut organiser la retraite stratégique. Cela se passe en général très bien, sans qu'il soit besoin de parler : les visites quotidiennes du corps médical s'abrègent, le patron évite la chambre, puis l'interne. Les infirmières ont toujours une urgence ailleurs, quand le mourant réclame un peu de temps : un mensonge souriant permet de s'éclipser. Seules les femmes

de service continuent à faire le ménage et à lui parler, même quand, dans les salles communes, un paravent dérisoire tente de masquer aux yeux de tous l'omni-présence de la mort. Un jour, enfin, c'est la délivrance. Pour qui ? Pour tous. On emmène subrepticement le corps, j'allais dire le corps du délit, et la vie peut reprendre son cours avec l'arrivée d'un autre malade, frais, neuf, soignable, et qui n'a pas le front de mettre le médecin en face de son impuissance radicale sur la mort, celle des autres comme la sienne.

« dites-moi que je suis immortel »

Le temps est loin où Sganarelle se félicitait de l'honnêteté et de la discrétion des morts. Ils sont devenus gênants, et surtout pour lui. Dès lors, comment répondre à la question que pose le malade imaginaire : « Dites-moi que je suis immortel », en expliquant de son mieux que le taux de potassium va pouvoir redevenir normal, ce qui garantit l'intégrité du corps réel en laissant planer un doute inacceptable sur les forces de mort à l'œuvre en chacun de nous ? Le médecin se trouve dans la situation d'un prêtre à qui le croyant poserait des questions saugrenues sur le fonctionnement du moteur à explosion, la cuisson des spaghettis ou les élections cantonales, en le sommant d'y répondre en tant que prêtre. Ce dernier pourra honnêtement rétorquer que cela ne le regarde pas, et qu'on peut avantageusement consulter un garagiste, un cuisinier, ainsi qu'assister à des réunions politiques. Il n'est pas sûr qu'une telle réponse satisfasse le bigot. Elle reste cependant possible. Le médecin, lui, n'a pas d'alternative : il n'existe pas de spécialiste de la mort autre que lui ou son confrère, aussi muets l'un que l'autre devant le mystère qu'un malade exige de percer. Se dépêtrer d'une telle situation en expliquant que ses fagots sont forts beaux et que c'est pour cela qu'il les vend cher ne peut qu'exposer aux coups de triques. On préfère mentir. C'est moins facile qu'on ne croit.

2 le médecin, arbitre du plaisir

Tragiquement impuissant devant la mort imaginaire du malade, comme il l'est devant la réalité de la mort, le médecin actuel peut-il répondre à la question du plaisir ? Hélas, il semble bien que non. Le sexe apparaît aussi dangereux que la mort elle-même, à voir la manière dont le médecin est obligé de se défendre contre lui. Etonnant personnage ! Dès le début de ses études médicales, il se voit attribuer le droit exorbitant de dénuder les corps, de les palper, de les voir, d'introduire ses doigts ou ses appareils dans les cavités les plus ordinairement cachées. Il ordonne :

« Déshabillez-vous », et le malade obtempère. Celle qui, tout à l'heure, a poussé un cri effarouché parce que le vent retroussait légèrement sa robe, s'offre nue, sans pudeur, au regard d'un jeune homme qu'elle n'aime ni ne désire, simplement pour restaurer l'image de son corps un instant menacée et parce qu'elle lui prête ce pouvoir. Elle n'est pas la seule, et c'est en se fondant sur cette proximité du médecin et de la sexualité que notre société en a fait l'arbitre du plaisir, lui attribuant, bon gré, mal gré, une responsabilité dont certains au moins se passeraient fort bien. Je prendrai deux exemples quotidiens de la pratique médicale pour éclairer cet état de choses, jusqu'alors inconnu.

Une jeune femme va consulter un médecin. Elle est malade ? Point du tout ! Elle désire simplement pouvoir faire l'amour avec son partenaire sans risquer d'avoir un enfant dont ni l'un ni l'autre ne veulent pour l'instant. Comme la loi l'exige, elle vient chercher une ordonnance de pilules contraceptives que le pharmacien ne lui donnera qu'en échange de ce papier à en-tête dûment daté et signé. Que fait le médecin ? Il peut refuser, mais c'est de moins en moins bien vu. Il peut signer sans rien dire, ce qui n'est pas très sérieux. Il peut tenter de quitter l'imaginaire en revenant au réel, ce qui va l'obliger à un examen minutieux, à un interrogatoire sérieux et à quelques analyses. Selon la manière dont il va présenter cet examen ou ces analyses, il va garantir, soit l'innocuité, soit la dangerosité du plaisir, et finalement l'autoriser ou l'interdire selon des critères qui n'ont rien à voir avec le corps réel dont il est responsable. Quoi qu'il fasse, le médecin est piégé et ne peut que sortir de ce qui est objectivement son domaine pour répondre affirmativement ou négativement à une question qui le dépasse, qu'il voudrait bien ne pas entendre et que ses malades lui posent tous les jours.

Autre exemple, encore plus fréquent que le précédent : le certificat d'arrêt de travail. A l'occasion d'une consultation ou d'une visite, la question rituelle arrive immanquablement : « Combien de jours me donnez-vous, Docteur ? ». Comment répondre ? Quels critères objectifs permettent au praticien de savoir quel laps de temps est suffisant pour réparer le corps de l'autre dans sa réalité ? Le plus souvent, ces critères n'existent pas. C'est bien la question du plaisir qui est posée dans cette demande de restauration d'un corps imaginaire, c'est une réponse dans l'imaginaire qui sera apportée : « Combien voulez-vous ? D'accord », ou « Huit jours, ça ira ? », voire « Je vous donne dix jours, c'est largement suffisant (sous-entendu : « ça me suffirait ») »... Quelle que soit sa réponse, le médecin ne fait que se poser abusivement comme l'arbitre du

plaisir, en général sans avoir pu démêler l'écheveau des ambivalences concernant le travail, prenant la question au plan de la réalité et faisant semblant d'y répondre de même, alors que tout s'est passé en dehors de cette réalité, celle du corps comme celle du travail. Et pourtant, sans le certificat de garantie, le repos et le plaisir du travailleur seront considérés par tous comme coupables, justifiant la punition que sera la perte de salaire ou le licenciement. On peut aller très loin dans cette voie : je me souviens d'une jeune femme, agent de l'Etat, expliquant sans complications : « J'ai pris cette année mon congé de maternité, mes congés annuels, mais il me reste encore mes trois mois de maladie... » Ceux-là lui seront donnés par un médecin qu'il ne faut sans doute pas condamner trop vite comme faisant montre d'une complaisance excessive. Il ne fait qu'outrepasser le pouvoir que lui donne son savoir sur le corps réel en se mêlant de l'imaginaire. Cet abus de pouvoir, chacun d'entre nous l'exige.

IV

le pouvoir médical

Il faut bien reconnaître que la question que pose le pouvoir médical est complexe. En terminant ces quelques pages très incomplètes, je vais essayer de l'aborder, sans l'illusion de pouvoir y apporter une réponse, ni même une amorce de réponse. Une seule chose m'apparaît sûre : il est impossible de revenir en arrière, quelles que soient nos nostalgies. Le temps n'est plus où le médcein tentait de masquer son impuissance réelle en déployant, dans un mise en scène adéquate, une toute-puissance imaginaire devant un homme malade et nu qui ne demandait qu'à le croire. On sait à quel point les médecins de jadis ont utilisé, en toute bonne foi sans doute, ce pouvoir imaginaire pour devenir des notables dictant à leurs malades le comportement « sain » en politique ou au lit. Nous n'en sommes plus là et pourtant, souvent inconsciemment, beaucoup le déplorent parmi les malades comme parmi les médecins. Le comportement de ces derniers paraît compréhensible : on n'abandonne pas de gaieté de cœur la considération admirative de ses concitoyens, fidèles, obéissants, et malgré tout chaleureux. Il n'empêche qu'il devient de plus en plus difficile pour un médecin, surtout s'il est jeune, de se conformer à un rituel désuet qui revient à considérer comme sans importance l'acquis scientifique de ses années d'études et qui le transforme, du moins le pense-t-il, en une sorte de bateleur ou de camelot distribuant

force bonnes paroles inefficaces, mais source d'illusions bienfaisantes que le malade attend. Il ne lui est pas plus facile d'accepter l'agressivité des malades contestant un travail bien fait dans le réel au nom de l'imaginaire. Est-ce qu'on proteste parce que le plombier s'est contenté de réparer la fuite sans faire la cour à la maîtresse de maison ? Il vit son métier comme une prostitution écœurante, et cela d'autant plus qu'il se sait capable d'apporter aux autres quelque chose de réel, non des paroles creuses. S'il est plus jeune encore, il a eu quelques notions d'une discipline nouvelle, la « psychologie médicale », introduite dans les études médicales en 1968. Cela ne l'empêche pas de constater tous les jours que ses malades n'ont que peu de goût pour une collaboration où le partage du pouvoir est, d'une certaine manière, proposé.
Le malade, en effet, ne tolère pas l'abandon de cette toute-puissance révolue. Il faut, lui aussi, le comprendre. Il n'est pas facile, dans l'état de petit enfant où vous replonge la maladie, d'accepter la vérité évidente la veille, à savoir que les parents ne sont pas tout-puissants, peuvent se tromper et ne constituent, en fin de compte, qu'une protection fragile contre un monde hostile. A qui se fier ? Doit-on rester seul, désarmé, devant la mort et le déplaisir ? Est-il vraiment possible de devenir adulte, ou de le redevenir, d'être responsable de ses actes, d'affronter la vie avec une aide qui, pour importante qu'elle soit, reste toujours dérisoire ? Surtout, le malade n'a plus de recours autre que le médecin. Du temps de son impuissance, il pouvait encore se réfugier dans la religion ou la superstition. Il y recourt encore parfois, sans trop y croire. Notre société laïque a délégué au médecin ce rôle peu enviable : être l'homme de la mort, être l'homme du sexe. On ne lui a pas demandé son avis. Mais il a beau chercher, les volontaires pour prendre sa place se font rares, et c'est lui qui doit se débrouiller avec cette réalité à laquelle rien ne l'a préparé. Cela risque de durer longtemps, jusqu'au jour où malades et médecins tenteront de sortir de leur tour d'ivoire pour s'apercevoir que la santé est l'affaire de tous et qu'il est illusoire d'accepter qu'un seul homme puisse devenir en permanence dépositaire de notre mort et de notre plaisir.
Je ne voudrais pas conclure de façon trop pessimiste... Je pense cependant que ce jour est lointain. Ce n'est que dans l'imaginaire qu'on peut voir un monde dans lequel l'homme serait capable d'affronter lucidement et constamment sa propre mort, la raison sa propre folie. C'est à ce prix pourtant que le malade cesserait d'être Argan, permettant à Sganarelle de retourner à ses fagots.

michel gillet

pour une stratégie politique de la médecine

La médecine française est une médecine « libérale », encore que diverses mesures, intervenues depuis un certain nombre d'années, obligent à nuancer sensiblement ce jugement. Si dans les proches années, la gauche accédait au pouvoir en France, quel serait le profil d'une politique de soins socialiste ? Quelles mesures achemineraient à sa pleine application ? La définition de cette stratégie implique une analyse préalable ; sous peine de tomber dans le simplisme, il faut donc prendre en compte les différentes fonctions qu'assume l'homme des soins, le médecin, dans notre société. Fonction thérapeutique, évidemment (mais elle ne joue sans doute pas exactement de la seule façon que l'on imagine) ; fonction préventive et pédagogique, demeurant encore pour une large part au niveau du projet et du souhait, plus que de la réalité ; mais aussi fonction sociale, le médecin assurant en ce domaine une certaine régulation, voire une répression ; et même enfin, fonction magique. Tout ceci devra être pris en compte si l'on veut, non pas lutter contre le médecin, son savoir et son pouvoir, mais changer le type de médecin et l'exercice de ses prérogatives tels que les sécrète la société actuelle. Pour réaliser cette transformation, un gouvernement de gauche devra nécessairement s'appuyer sur la population et vaincre les résistances qui ne manqueront pas d'apparaître au sein du corps médical.

Très longtemps, les programmes de santé des partis de gauche se sont contentés de grandes déclarations de principe : défense d'une médecine de qualité pour tous ; défense de la Sécurité sociale, acquis des luttes ouvrières, tout en se défendant de vouloir « nationaliser » la médecine, spectre mis en avant comme une menace permanente par la droite. En fait, d'ailleurs, une bonne partie de la médecine est déjà nationalisée : ainsi la médecine hospitalière, dont le budget actuel correspond à 45 % des dépenses globales en matière de soins, sans qu'elle soit jugée pour autant de mauvaise qualité, même si les pouvoirs publics ne cherchent pas toujours, en dépit de leurs affirmations, à en améliorer la prestation.

Depuis quelques années, de nombreuses luttes se sont déroulées, qui ont eu trait au secteur de la Santé ; ainsi les luttes menées autour des Ordonnances de 1967 contre la Sécurité sociale, celles motivées par les questions de la contraception, d'abord, puis de l'avortement, ou les combats engagés

au sujet des contrôles médicaux patronaux ou contre l'Ordre des médecins. Toutes ces luttes, tous ces combats ont rendu nécessaire l'approfondissement de la réflexion et des propositions en ce domaine, afin de pouvoir répondre à ces questions, maintenant souvent posées :

Que serait une politique de soins socialiste ? Et, plus précisément : dans la période de transition, quelles mesures immédiates seraient prises pour en permettre l'application ?

Répondre à ces questions suppose trois analyses préalables, à savoir :

En quoi, en régime capitaliste, la médecine est-elle une « médecine de classe » ?

A quels objectifs doit aboutir une politique de soins socialiste ?

Sur quel rapport de forces un gouvernement de gauche pourra-t-il s'appuyer pour développer sa politique, et en partant de quelles contradictions internes au système en place ?

Les observations qui suivent n'ont pas la prétention de régler ce problème, mais on souhaite qu'elles contribuent à mieux l'aborder.

une manière d'éluder le problème : parler « santé » et non plus « soins »

Une tentation fréquente est d'éluder le sujet en parlant santé et non plus médecine ou soins.

Officiellement, la santé est définie — par l'Organisation mondiale de la santé, l'O. M. S. — comme « un état de bien-être physique, moral et social ». La question devient alors celle des conditions de vie, de travail, de culture ; les soins apparaissent comme l'échec de cette politique nouvelle, et les médecins n'ont plus grand'chose à dire, puisqu'il s'agit de ne plus avoir besoin d'eux. Cette position, pour généreuse qu'elle soit — et souvent défendue par des militants en bonne santé —, permet en fait d'échapper au problème qui nous préoccupe et de ne rien dire sur ce que deviendra la politique de soins. Il est entendu, bien sûr, que la prévention devra en être de toute manière l'axe prioritaire ; mais elle ne permettra pas, de toute façon, d'éviter la maladie et la mort, et donc la manière dont la société « traite » les rapports population - maladie - mort, ou celle dont elle pourrait les traiter dans un autre cadre.

Notre propos se limitera donc volontairement au problème de la médecine et des soins.

deux approches critiques différentes

Certains estiment inutile d'expliquer en quoi la médecine, en régime capitaliste, est une médecine de classe, tant la démonstration leur paraît évidente ; et pourtant, il n'existe pas de rapport de classe (au sens marxiste du terme) entre le médecin et « son » malade. Bien plus, certaines analyses — qui se réclament pourtant les unes et les autres d'une démarche progressiste — aboutissent à des conclusions apparemment contradictoires.

Ainsi, un premier type de critique de la situation actuelle consiste surtout à dénoncer les insuffisances et les inégalités dans la distribution des soins. C'est d'ailleurs un aspect ancien, mais toujours d'actualité, de la question : tous les rapports de la Sécurité sociale confirment que les cadres se soignent plus et mieux que les ouvriers, que leur espérance de vie est supérieure (cinq ans d'écart avec un ouvrier agricole), que l'accès aux soins leur est à la fois plus facile et plus agréable (secteurs privés dans les établissements publics).

Selon cette même démarche, les conditions de travail des médecins continuent à se dégrader — course à l'acte, horaires épuisants — ; ce qui contribue largement à diminuer la qualité de la médecine.

Changer de politique consisterait alors essentiellement à changer les moyens, économiques notamment, de cette politique : accès aux soins favorisé — Sécurité sociale rendue aux travailleurs ; ceci, bien sûr, dans le cadre d'autres transformations des conditions de vie et de travail de la population, permettant aux gens de mieux se prendre en charge. Le slogan de cette façon de voir le problème peut se caricaturer de la manière suivante : « des hôpitaux, pas de canons ».

Le second point de vue part, à l'inverse, de prémisses tout à fait différentes : pour lui le problème essentiel est le pouvoir du médecin, considéré comme représentant direct du pouvoir politique capitaliste.

Les médecins et l'institution médicale déposséderaient les malades de tout pouvoir sur leur propre corps — y compris corps souffrant et mortel —, utilisant la maladie comme une source de profit, enfermant la population dans un rapport de consommation avec la médecine ; et ce, dans la « logique » d'un système qui ne peut proposer comme projet que le projet consommatoire.

Les médecins et l'institution médicale dépossédèrent les malades de de nuire. Le slogan a changé : c'est « la société malade de ses médecins ; moins il y en aura, mieux on se portera ».

Ces deux approches peuvent apparaître comme parfaitement inconciliables : on les retrouve souvent exposées de manière plus ou moins

tranchée dans le débat concernant la santé. Il semble pourtant nécessaire d'avoir à l'esprit l'une et l'autre pour définir une stratégie nouvelle en matière de médecine, c'est-à-dire pour permettre à la fois à chacun l'accès aux meilleurs soins, et transformer en même temps la relation des gens à la maladie, donc à la médecine. On peut s'aider, pour comprendre les conditions de tels changements, de l'examen des fonctions du médecin dans le système actuel.

I

les fonctions diverses du médecin

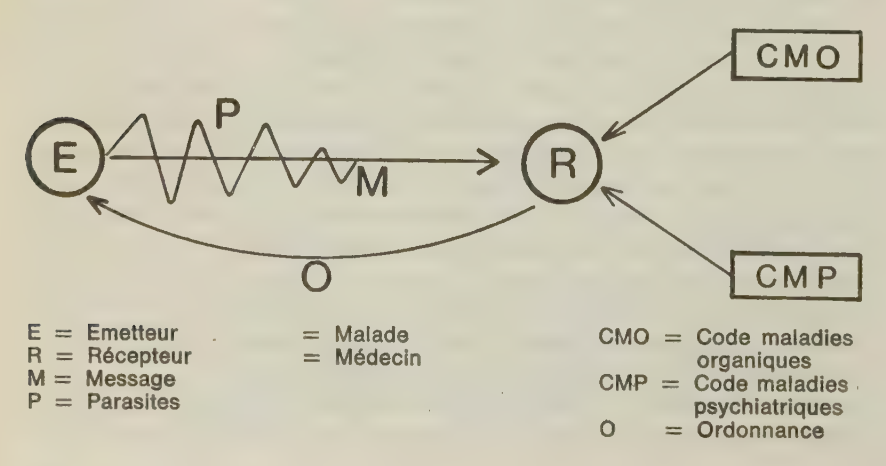
Le médecin remplit une quadruple fonction : thérapeutique, préventive et pédagogique, sociale, magique.

1 la fonction thérapeutique

C'est la plus évidente, et apparemment celle au sujet de laquelle il y a le moins de critiques à formuler : après tout, le médecin, en bon père de famille (selon la formule consacrée), ne s'engage-t-il pas à donner à son malade des soins attentifs et conformes aux récentes acquisitions de la science ?

L'intérêt est de comprendre comment il le fait ; et pour cela, il paraît nécessaire de décrire la relation médecin-malade.

Dans cette relation, et conformément à tous les schémas de la communication, le « malade » est l'émetteur d'un message, et le médecin, le récepteur.



E = Emetteur = Malade
R = Récepteur = Médecin
M = Message
P = Parasites

CMO = Code maladies organiques
CMP = Code maladies psychiatriques
O = Ordonnance

Son rôle sera donc de décrypter le message, de savoir « quelle maladie parle le malade ».

Pour cela, il recherchera dans le discours du patient les signes évoquant une maladie inscrite dans le code (le code, c'est ce que le médecin apprend en sept ans d'études) : il pourra ainsi établir son diagnostic et proposer, sous forme d'ordonnance, le traitement correspondant.

Certaines situations sont simples : un malade se présente pour des douleurs épigastriques, apparaissant après les repas, par crises de quelques jours répétées deux à trois fois chaque année ; la radiographie de l'estomac pratiquée montre une encoche (niche) sur l'une des parois de l'organe : il s'agit d'un ulcère, la thérapeutique est parfaitement codifiée, bien que depuis un an le bismuth (on en a fait avaler des tonnes à la population) n'ait plus si bonne presse... — le changement !

A l'inverse, il pourra s'agir d'un travailleur immigré, seul en France, n'étant pas rentré chez lui depuis des années, présentant des douleurs vagues et des signes radiographiques peu précis : on dira alors que le message est *parasité*. Ce qui constitue justement les « parasites » de cette relation, ce sont les problèmes *réels* du patient : la douleur gastrique n'est qu'un des éléments de sa réalité sociale : immigré - travailleur seul. Ainsi toute l'activité thérapeutique consiste, telle qu'on nous l'enseigne, à éliminer du discours de l'autre ce qui n'est pas compris dans le code pathologique. Bien plus : il n'y a pas un code, mais deux : celui des maladies organiques et celui des maladies mentales. Et certains malades qui « parlent mal » sont renvoyés de généralistes à psychiatres, et inversement, sans fin et sans espoir.

Si l'enseignement médical tel qu'il est dispensé aujourd'hui (quarante heures de cours de médecine « dite sociale » en sept ans d'études) « oriente » l'activité du futur médecin dans cette voie, c'est avant tout la médecine à l'acte qui force à ce type de relation thérapeutique : le malade est réduit à une somme d'organes dont le médecin s'occupe acte après acte, tous les « parasites » étant éliminés.

2 la fonction préventive et pédagogique

On peut passer très rapidement sur cette fonction, car elle est parfaitement inexistante aujourd'hui.

La médecine est en effet organisée de manière telle qu'on ne demande au médecin d'intervenir qu'en bout de chaîne, une fois que la maladie est déclarée, et en aucun cas, d'apprendre à la population à mieux se

préserver des atteintes pathologiques : de toute manière, il ne serait pas payé pour « ça ». Ainsi chaque fois qu'une équipe de médecins a voulu développer cette fonction — c'est le cas notamment à la Maison médicale de la Villeneuve à Grenoble —, ce fut au risque de compromettre gravement son équilibre financier (donc sa propre existence), celui-ci dépendant des « entrées » liées uniquement au nombre d'actes dits thérapeutiques réellement effectués. L'organisation économique de la médecine, essentiellement le paiement à l'acte, rend aujourd'hui impossible toute évolution dans ce domaine.

3 la fonction sociale

Il s'agit moins ici de considérer l'intervention grandissante du médecin dans tous les actes de la vie sociale : naissance, mariage, décès, assurances, justice, certificats de tous ordres (intervention sur la signification de laquelle il serait bon également de s'interroger) — que d'examiner essentiellement le rôle du médecin comme « régulateur » de la production à travers la prescription des arrêts de travail.

C'est en effet une fonction importante, dévolue aux seuls médecins, d'autoriser un travailleur à s'arrêter en dehors des périodes de congés légaux ; ceci a pour corollaire que l'on ne peut s'arrêter qu'à la condition d'*être malade,* et que cette maladie soit *authentifiée* par un médecin. Il est clair que, dans les conditions de vie et de travail imposées par le capitalisme, les raisons d'être fatigué sans pour autant être malade (c'est à dire sans présenter une maladie repérable dans le code pathologique) se multiplient ; et la nécessité imposée aux travailleurs de présenter un certificat médical d'arrêt pose diverses questions :

Comment objectiver la fatigue d'un individu ?

En quoi le médecin est-il compétent dans ce domaine, et surtout que connaît-il des difficultés concrètes de chaque poste de travail ?

Ne peut-on pas considérer un travailleur comme suffisamment adulte pour savoir lui-même quand il doit s'arrêter sous peine de « craquer » vraiment par la suite ? Pourquoi lui nier ce droit à ce « connais-toi toi-même » qui devrait fonder les rapports d'une société d'hommes libres ? Ce sont là évidemment des questions qu'en aucun cas la société capitaliste ne veut aborder.

Au contraire, toute sa politique actuelle est de renforcer le rôle répressif du médecin en ce domaine : en organisant, avec la bénédiction de l'Ordre des médecins, une « médecine » de contrôle patronal — véritable police

médicale chargée de la surveillance des travailleurs en arrêt pour maladie —, elle cherche, en dehors de toute préoccupation de leur santé, à culpabiliser les travailleurs qui s'arrêtent comme les médecins qui prescrivent l'arrêt ; en conclusion : à faire le maximum d'économies.

4 la fonction magique

D'une certaine manière, le discours médical n'a pas évolué depuis Molière ; et expliquer en latin ou par des termes techniques, c'est de toute façon se placer en dehors du champ de compréhension du malade. Le discours du médecin reste donc en grande partie magique — même si aujourd'hui il fait référence à un ordre plus scientifique.

Nous devons donc nous interroger sur les raisons de la persistance d'une telle fonction. Il est faux et vain de considérer qu'elle sert seulement au médecin à conserver le pouvoir (et tous les privilèges sociaux qui peuvent en découler) sur son malade : elle est dans le même mouvement *revendiquée* par la population elle-même, surtout lorsqu'elle est souffrante : la toute-puissance du médecin, n'est-ce pas la seule garantie de l'homme contre sa mort ?

Dans la mesure où notre société a évacué tout sens collectif de la mort, où elle a réduit celle-ci à un scandale individuel, la seule relation que l'on puisse établir avec sa mort est de *s'en défendre*. Le médecin est le dernier médiateur entre l'homme seul, de plus en plus seul, et cette mort devenue un contre-sens par rapport au type de vie qu'on nous force à mener.

Il est donc nécessaire que ce médiateur devienne rempart : lui seul peut nous préserver.

Transformer la relation médecin - malade suppose donc que soit transformée dans le même temps la relation : malade - maladie - mort.

Le pouvoir magique du médecin n'est pas la cause première du mode de relation des gens à la maladie, il en est surtout la conséquence.

déformation de la médecine par le capitalisme

Ce tour d'horizon un peu rapide permet cependant de mieux expliquer comment la société capitaliste déforme les fonctions médicales. Elle objective les contradictions entre le discours officiel sur la médecine : médecine humaine, médecine de l'homme total, et la réalité de la fonc-

tion du médecin : réparateur à l'acte, sans possibilité d'intervention sur la pathogénèse sociale.

Cette contradiction devient de plus en plus éclatante avec le coût sans cesse grandissant de cette médecine. Le capitalisme en arrive ainsi aujourd'hui à une révision déchirante, à savoir la nécessité de limiter la consommation d'actes médicaux devenus trop chers par rapport au produit national brut. Mais ne nous y trompons pas, toute sa volonté est de régler ce problème, non pas en remettant en cause le type d'organisation et la finalité médicale, mais seulement en limitant la consommation des travailleurs et en en diminuant le coût. Elle s'appuie, pour camoufler ces tristes projets, sur des discours de type moderniste, n'hésitant pas à faire référence à certaines critiques médicales récentes remettant en cause la nécessité médicale elle-même. Le projet d'une médecine de caisse, c'est-à-dire au rabais, celui d'une formation accélérée du médecin généraliste, chère au Docteur Escande, sont parfaitement clairs de ce point de vue.

C'est pourquoi il est essentiel, dans la lutte pour transformer la médecine, d'avoir une stratégie sûre et de ne pas se tromper d'ennemis.

II

mettre en œuvre une stratégie

L'ennemi, ce n'est pas le médecin, mais c'est le type de médecin que le capitalisme impose, même si certains d'entre eux peuvent en tirer des bénéfices.

La critique centrale doit porter, on l'a vu, sur la pratique à l'acte et son corollaire : le paiement à l'acte[1], l'un des « piliers » de la médecine dite libérale.

Ce n'est pas qu'il faille critiquer pour autant dans le même mouvement la liberté de choix du médecin par le malade et l'indépendance technique du médecin, mais il faut en démontrer le caractère relatif. Quelle est la liberté de choix lorsqu'on manque de médecins ? Quelle est la liberté de prescription lorsque la production médicamenteuse est soumise à la seule loi du profit capitaliste ?

1. Il faut savoir qu'aujourd'hui déjà, un tiers des médecins ont une activité salariée pure.

L'ennemi, ce n'est pas davantage le pouvoir médical, mais ce qui l'établit. Oublier que ce pouvoir est la conséquence du mode de relation de la population à la souffrance et à la mort, c'est s'exposer à de graves déboires. Il faut se rappeler qu'au Chili la grève des médecins, organisée par l'Ordre, a eu un rôle important dans la chute d'Allende. Un individu en bonne santé peut se passer des médecins, c'est beaucoup moins vrai lorsqu'il devient malade, avec le type de rapport actuel homme-mortalité.

C'est à cette relation et à ses raisons qu'il faudra s'attaquer en priorité.

1 le contrôle de la médecine : par qui, pour qui ?

La solution n'est pas la démédicalisation, qui risque en fait de n'être qu'une sous-médicalisation pour certains, mais une nouvelle définition des soins : il s'agit de savoir au service de qui est l'institution médicale et par qui elle est contrôlée, plutôt que de s'engager dans la voie de sa « disparition ». Par exemple, au moment de la lutte pour la liberté de l'avortement, certains militants refusaient toute médicalisation et défendaient l'avortement des femmes entre elles, voulant éviter ainsi la récupération de leur lutte par le pouvoir médical. Mais les femmes ne s'étaient-elles pas toujours avortées entre elles, permettant aux médecins d'échapper au problème et de n'intervenir qu'en cas de « pépins », en les culpabilisant ?

Imposer que l'avortement devienne un acte médical, c'était en fait imposer à l'institution médicale qu'elle prenne en charge un problème de santé que la population estimait normal de lui confier. Il s'agissait d'établir un rapport de force entre les résistances médicales et la volonté populaire, c'était la seule manière de contraindre la médecine à être réellement au service des femmes.

Bien sûr, tout n'est pas fini pour autant... ; et dans beaucoup d'autres domaines aussi, la lutte reste à mener.

2 comment lutter

Il faut être convaincu de deux choses : le changement de gouvernement est à lui seul insuffisant à transformer la politique de soins, mais celle-ci ne peut être transformée sans changement du pouvoir politique.
Un gouvernement de gauche, s'il veut transformer la politique de soins, devra nécessairement s'appuyer sur la population et vaincre les résis-

tances qui ne manqueront pas d'apparaître au sein du fameux « corps » médical.

Il faut donc que les uns et les autres aient déjà compris l'enjeu et le sens de ces transformations.

Les contradictions du capitalisme se ressentent aujourd'hui à l'intérieur même de la profession médicale : les médecins se rendent compte que l'organisation actuelle de leur profession ne permet plus de répondre aux problèmes réels de santé de la population. Bien plus, leurs conditions d'exercice se dégradent de jour en jour ; et quelle organisation médicale serait compatible avec un nombre de médecins qui va pratiquement doubler en dix ans ?

Nous devons donc partir de ces contradictions et ne pas considérer qu'il y a de bons médecins, à gauche et minoritaires, avec lesquels on pourra progresser, et d'autres irrémédiablement voués à la défense du capitalisme [2]. De toute façon, ceux-ci seront encore médecins le jour où la gauche prendra le pouvoir, et c'est avec eux aussi qu'il faudra développer la « nouvelle médecine ».

Il est donc important d'unir la profession, sur des bases claires, en expliquant les raisons des choix proposés.

Mais cette action n'a de sens, par la nature même de la critique à réaliser, que si elle s'établit en relation concrète avec la population et ses organisations, qui devront exercer leur contrôle sur les choix et le fonctionnement de l'institution médicale.

Oublier l'un de ces deux pôles nécessaires à l'action, c'est se condamner d'avance à l'impuissance.

michel debout

2. En fait, la place du médecin dans le système renvoie, avec certaines particularités, à celle des cadres et des intellectuels dans la société. C'est un problème d'ensemble.

chronique de l'année de la femme

1975 aura été « l'année de la femme ». On pourrait le croire en jugeant au poids la production qui lui a été consacrée : livres, articles, revues, congrès, discours, commissions [1]... On n'a jamais tant parlé de la femme. S'en porte-t-elle mieux ? L'homme et la femme se trouvent-ils guéris de leur mutilation millénaire ? On aimerait le croire. Il vaudrait la peine de dresser un bilan de toute cette production et de savoir à qui en dernière analyse a profité cette année internationale de la femme. Le bilan que nous tentons de faire ici se limitera à la Société-Eglise.

Actuellement, les croyants sont en face de deux types de discours qui supposent deux visions de l'Eglise et de l'histoire radicalement différentes, deux conceptions anthropologiques et théologiques dissemblables. Il se trouve que dans l'un et l'autre cas la parole prononcée se dit fidèle à l'Evangile et à l'Esprit de l'Eglise. Ce n'est donc pas au niveau des intentions que nous situerons cette chronique mais au niveau réaliste de ce que l'on peut voir, entendre, constater et qui permet ou non aux femmes d'accéder au statut d'être humain à part entière tant dans la vie ecclésiale que dans la vie politique.

le féminisme, une nouvelle réalité pour l'église

En tant que phénomène collectif aux dimensions politiques et sociales, le féminisme [2] touche aux institutions ecclésiales et le Vatican n'a guère de prise sur cette fermentation d'idées, de projets et de pratiques neuves. Les implications religieuses de cet événement sont évidentes. Le langage que la hiérarchie veut encore tenir doit affronter désormais la parole des femmes qui n'acceptent plus d'être réduites à l'aphasie, fût-ce pour des raisons hautement mystiques. Quel que soit l'éventail de ses objectifs, le féminisme pose en tant que tel une question que l'Eglise ne pourra plus éluder longtemps.

1 les écrits

On lira à ce propos l'article de M.T. Van Lunen-Chenu dans la revue **Hommes et femmes dans l'Eglise** de septembre 1974 qui montre comment le féminisme est « invention d'une société nouvelle » et rejoint d'autres courants contestataires qui refusent une société de violence et d'oppression mais se veut plus radicalement révolutionnaire encore dans la volonté qu'il manifeste de susciter des relations humaines telles que le rapport de puissance entre les sexes devienne impossible. Projet de société non « contre » l'homme mais finalement aussi « pour » l'homme, le mouvement féministe chrétien est inséparable de la Bonne Nouvelle de Libération pour tous qu'est l'Evangile. L'explosion festive des femmes qui trouvent le goût de la parole et la joie de leur corps, leur découverte de la « sororité » n'ont rien à voir avec l'aigreur agressive et revancharde à laquelle d'aucuns ont voulu assimiler leur mouvement. Celles qui osent parler, certes, ne sont pas légion mais un processus est en route : on le remarque à de multiples indices.

Dans les **I. C. I.** du 1er novembre 1975, un article de Marlène Tuininga [3] intitulé « Féministe et chrétien, est-ce possible ? » se fait l'écho d'une question qui trouble de plus en plus les mentalités. Cet article bien documenté montre qu'on est passé à une nouvelle étape : les féministes d'aujourd'hui récusent la société masculine où elles ont d'abord cherché à se faire accepter et aspirent à créer un monde neuf qui fasse droit à des liens de réciprocité [3]. Un nombre considérable de

1. 1.498 livres, articles et dossiers rassemblés par **La Documentation française.**
2. **Encyclopedia Universalis,** vol. 17, article « Féminisme ».

3. Du même auteur : **Les Religieuses,** Paris, Grasset, 1969.

femmes (trente cinq millions rien que dans les associations de femmes catholiques) se trouve d'une façon ou d'une autre touché par ce mouvement féministe chrétien.

La question véritable qui se pose déjà est donc celle-ci : « Anti-féministe et chrétien, est-ce conciliable ? ». C'est à cette interrogation que renvoie le livre d'un homme d'Eglise, féministe avec les féministes : Jean-Marie AUBERT, **La Femme. Antiféminisme et christianisme,** Paris, Cerf, 1975. Livre clair et courageux. Un véritable aveu : histoire de l'Eglise, histoire du mépris de la femme, histoire de la loi des mâles se confondent. La dénonciation de l'auteur découvre à quel point l'Eglise n'a pas voulu entendre la totalité du message évangélique. Refusant la vérité de l'Incarnation, elle a considéré le contexte historique dans lequel Jésus a appelé les croyants à la liberté comme absolument normatif. N'ayant pas appelé de femmes parmi ses apôtres, Jésus aurait ainsi consacré définitivement le statut de subordination de la femme dans son Eglise.

L'Eglise antiféministe a utilisé l'Evangile pour une grande entreprise d'encerclement, perpétué bientôt par les femmes elles-mêmes, grâce à une éducation et à un catéchisme bien appropriés. Quant à l'ambiguïté de l'attitude de Paul vis-à-vis des femmes, elle traduit avant tout la tension des jeunes communautés prises entre le dynamisme créateur de l'Evangile et la pesanteur des structures socio-politiques héritées du judaïsme et de la civilisation gréco-romaine. Qui croirait, sinon l'antiféministe viscéral, que l'apôtre de la liberté (« C'est pour que nous restions libres que le Christ nous a libérés ! ») s'est fait au nom de l'Evangile un champion de la discrimination oppressive ? On s'aperçoit, au contraire, avec J.-M. Aubert, qu'avec le seuil de tolérabilité qu'autorisait l'époque, à la suite de Jésus, Paul a reconnu tout être humain — femmes comprises — dans sa personnalité. On aurait souhaité que l'auteur s'attarde plus longtemps à démonter les phantasmes de la mentalité cléricale, viscéralement misogyne ; apparents de façon grotesque chez nombre de Pères de l'Eglise [4], ces phantasmes se trouvent aujourd'hui camouflés par des raisonnements qui se donnent pour rationnels et par une pratique dont la bienveillance condescendante ne peut tromper. Le vrai « clerc » a peur de la femme, qu'il soit Pape ou séminariste, et s'il la dit sublime, c'est pour mieux la rejeter. Seuls les chrétiens « décléricalisés » sont capables de relations authentiques. On aurait donc aimé trouver une analyse plus fournie des motivations ambiguës d'un certain célibat ecclésiastique [5].

L'auteur montre encore les illusions de la vie religieuse féminine. La virginité consacrée n'est une libération de la femme qu'en théorie. Si dans les débuts du christianisme, l'égalité de la femme devant le message évangélique s'est manifestée ainsi, l'institution ecclésiale a vite récupéré la générosité des jeunes filles en leur imposant des limites étroites et en les maintenant, sous le fallacieux prétexte de vœu d'obéissance, à la merci d'un joug masculin. On aurait souhaité que l'auteur montre à quel point beaucoup de religieuses sont encore « cloîtrées » par les hommes. Elles se trouvent malheureusement encore trop souvent dans l'incapacité de mesurer leur situation réelle et d'entendre l'Evangile sans la glose masculine, reflet de l'idéologie dominante le plus habituellement [6]. En dehors de la virginité, l'Eglise n'a jamais fixé, nous dit l'auteur, qu'un seul autre destin à la femme : elle doit donner des enfants. Sa sexualité ne peut prétendre à d'autres fins.

Le mépris de la femme et le tabou de la sexualité sont toujours allés ensemble. On voit dans ce livre que la pression de l'Eglise sur les structures sociales dominantes et l'imaginaire

4. Il est édifiant de lire sur ce sujet les propos tenus par les Pères de l'Eglise : Tertullien, Jérôme, Jean Chrysostome, etc.
5. Sur la peur masculine de la femme, on peut lire : W. LOEDERER, **Gynophobie ou la peur des femmes,** Paris, Payot, 1970.
6. Il faut noter que les religieuses américaines ont amorcé depuis déjà plusieurs années des changements notables dans l'intelligence et la pratique de leur vie religieuse.

collectif leur a donné le poids du sacré et de l'éternel. L'auteur à la fin de son livre appelle à une libération de l'Evangile emprisonné entre les mains masculines et il juge que l'accession des femmes au sacerdoce ministériel en serait le signal symbolique. Tout en étant fortement persuadée que les femmes sont appelées autant que les hommes à la totalité de la vie chrétienne et à la prédication de l'Evangile, et pour cela que réserver le sacrement de l'Ordre aux seuls mâles ne repose — comme le montre J.-M. Aubert — sur aucune base théologique sérieuse, pour ma part je ne crois pas que la libération de l'Evangile passe par là. L'entrée des femmes dans les ministères qui, même modifiés par les exigences de notre temps, n'ont jamais été conçus que par des hommes dans des contextes historiques et culturels qu'ils ont perpétués en les sacralisant, permettra surtout aux structures actuelles de l'Eglise de se maintenir et ne fera que retarder la véritable annonce libératrice de Jésus-Christ. En s'employant à contester les structures historiques des ministères qui ont été le fruit et la propriété d'une caste au pouvoir, à refuser de prolonger l'existence du type d'Eglise qui en résulte, à lutter contre toutes formes d'oppression intra et extra-ecclésiales, les femmes manifesteraient une intelligence de l'avenir et une volonté de révolution évangélique autrement plus radicales. Je ne suivrai donc pas l'auteur sur ce point, tout en reconnaissant que la lutte des femmes pour se faire admettre en tant que sujets et que chrétiennes à part entière passe peut-être, comme sur un palier de transition, par la reconnaissance de leurs vocations presbytérales. L'auteur cite à ce sujet Karl Rahner :

« La pratique de l'Eglise catholique de ne pas ordonner des femmes au sacerdoce n'a aucun caractère théologique contraignant. La pratique actuelle n'est pas un dogme, elle est basée purement et simplement sur une réflexion humaine et historique qui était valide dans le passé dans des conditions culturelles et sociales qui sont en train de changer rapidement. » (p. 173).

En résumé, tout chrétien trouvera profit à lire ce livre qui présente une somme de documentations et de réflexions saines qui, espérons-le, fera infléchir les mentalités du côté d'une réelle libération tant de la femme que de l'homme, lui aussi prisonnier des rôles et des modèles imposés.

Pour compléter le livre de J. M. Aubert, il faut ouvrir **Cahiers du GRIF,** nº 8, septembre 1975 : **Des femmes accusent l'Eglise.** Les articles de ce numéro font état de ce qu'on peut appeller une situation-limite. Devant les femmes, l'Eglise joue sa crédibilité, sa survie, sa signification, sa confession de foi chrétienne et ceci est d'autant plus grave qu'elle paraît l'ignorer.

Ces pages sont à lire. L'Eglise y est montrée comme recevant le coup de grâce de la révolution féministe. Toute la question est de savoir s'il s'agit de l'Eglise machiste ou de l'Eglise de Jésus-Christ, l'une excluant l'autre. Les auteurs se départagent ici. Pour les unes, l'Eglise est contrainte de se réinventer, sans quoi elle signe son arrêt de mort. Les femmes, quant à elles, veulent tout réinventer

« même si elles doivent être pour l'Eglise-institution les nouvelles sorcières du XXe siècle ».

Pour les autres, l'Eglise est le lieu par excellence de la « grande peur des bien-pensants ». Appareil institutionnel ridicule et intolérable elle écarte les femmes qui, à leur tour, s'écartent d'elle. « L'Eglise a déjà perdu la classe ouvrière, elle perd maintenant les femmes. » [8] : l'Eglise vaut-elle la peine d'être sauvée ? Vaut-il encore la peine que des femmes luttent pour son honneur ? En réalité, qui voudrait être consciemment le partisan de structures et d'idéologies qui réalisent sa propre oppression ? Telle est la gravité des questions, et certains articles disent que la libération de la femme — et de tous les opprimés avec elle — passe par la défaite de l'Eglise.

7. Les **Cahiers du GRIF** (Groupe de Recherche et d'Information Féministes), 59, rue Henri Van Zuylen, 1180. Bruxelles.
8. Cf. les livres de Mary DALY, **Beyond God the Father,** Boston, Beacon Press, 1973, et **Le deuxième sexe conteste,** Paris, Mame, 1969.

On lira encore avec intérêt l'article de France Farago dans **Les Etudes**, novembre 1975, qui apporte un éclairage précieux sur la remise en cause d'une culture et d'une civilisation qui fait de la femme « la prolétaire entre tous. » L'auteur dénonce la mystification culturelle dont la femme a été victime, qui repose sur la présentation d'un fait de « culture », donc historique, local, particulier, en un fait de « nature », donc ontologique, universel et éternel. Ainsi la femme s'est trouvée enfermée dans un destin [9]. L'Eglise a contrôlé cet enfermement, et au XIXe siècle, Freud lui a apporté un soutien de prix en se montrant aveugle au conditionnement socio-culturel qui favorisait l'éclosion de la pathologie féminine. Or on assiste actuellement, dit l'auteur, à un fait nouveau : les femmes récusent leur destin biologique, fut-il sublime, et sont attentives aux phénomènes culturels qui ont hypertrophié la masculinité et dévalorisé le fait d'être femme. Aujourd'hui les femmes parlent et disent contre les hommes qui voudraient encore les voir se lamenter de n'être que des femmes : «vivre est heureux » [10]. Cette prise de parole marque un tournant de la civilisation : à plus forte raison, peut-on ajouter, dans l'Eglise, société archaïque, à peine sortie du néolithique [11], où le plus beau modèle proposé à la femme, particulièrement inconfortable, est celui de la Vierge-Mère, silencieuse et disponible. Nous ne partageons pourtant pas l'espoir de l'auteur qui pense que *« l'intégration massive des femmes à la vie sociale va nous contraindre à restructurer de façon plus humaine notre société industrielle créée par les seuls hommes et pour eux »*. L'entrée des femmes aux places de manœuvre ou aux places de choix dans les rouages d'une société capitaliste ne peut porter de soi un quelconque salut : elle ne changerait sans doute pas grand'chose au phénomène de l'oppression mondiale qui, marquée sans doute de masculinité, ne s'y réduit pourtant pas. La révolution politique ne comporte pas nécessairement, on le constate, une révolution sexuelle qui inclut la co-responsabilité et l'égalité totale de l'homme et de la femme. Si le féminisme veut aller jusqu'au bout de sa visée, il doit donc porter en lui un projet de société révolutionnaire qui touche à tous les niveaux à la fois, de l'économique au culturel, et c'est sur cette radicalité de la révolution qu'il se doit d'être particulièrement vigilant pour l'empêcher un jour ou l'autre de sombrer à nouveau dans les ornières de l'idéologie masculine dominante [12]. Enfin, France Farago, dans les dernières pages de son article, aborde la question de l'avortement. On peut déplorer là encore l'absence d'une analyse du contexte socio-économique. En soi, certes, l'avortement n'est pas, comme elle elle dit, **« une libération authentique »**. Mais la naissance d'un enfant l'est-elle dans tous les cas ?

Signalons maintenant des études fort judicieuses qui apportent une contribution solide au mouvement féministe : paru dans **Effort Diaconal** 38, une analyse de Renée Dufour et Donna Singles sur le symbolisme. On y voit à quel point nos symboles sont réduits à la figure de nos désirs, combien nous les fermons dans une rassurante univocité au lieu de les laisser ouverts à une pluralité de sens et maintenir ainsi leur valeur annonciatrice. Le meilleur exemple se trouve dans l'usage clérical des symboles bibliques, que ce soit celui de l'Alliance, des Noces, du Christ tête de l'Eglise. La multiplicité de sens qu'ils contiennent se trouve figée une fois pour toutes en une interprétion unique. Les voici condamnés à n'exprimer que le mode historique sous lequel la révélation nous est donnée. Le rapport homme-femme historiquement de type hiérarchique se trouve dès lors intrinsèquement lié à la révélation et devient normatif pour les siècles des siècles. La femme n'est plus que le complément de l'homme qui, lui, est chef, tête, enfin image

9. Cf. François CHIRPAZ, « Dimension de la sexualité », **Etudes**, mars 1969.
10. Il faut lire à ce propos le beau livre d'Annie LECLERC, **Parole de femme**, Paris, Grasset, 1974, et celui qui a fait grincer tant de mâles mâchoires : Benoîte GROULT, **Ainsi soit-elle**, Paris, Grasset, 1975.
11. Cf. Alain LAURENT, **Masculin-Féminin**, Paris, Seuil, 1975.
12. Il faut lire Claude ALZON, **La femme potiche et la femme boniche**, Paris, Maspero, 1975.

de Dieu. Ces articles montrent que ce qui fonctionne dans les réticences à envisager des prêtres femmes se situent dans l'imaginaire inconscient occulté dans un discours pseudo-rationnel et théologique.

Citons encore l'article paru dans **Hommes et femmes dans l'Eglise,** mars 1975, d'André Delabelle : « Pour les races comme pour les sexes, écrit-il, la justification des hiérarchies sociales purement nominales continue à être présentée en termes réels de nature ». Or l'ordre naturel se trouve aujourd'hui ébréché. Il apparaît de plus en plus construit. De mineure qu'elle a toujoure été, la femme se trouve maintenant être celle par qui la civilisation actuelle entre dans une formidable mutation ou s'engloutit dans un passéisme mortel. A la croisée des chemins, la civilisation saura-t-elle choisir les femmes non plus comme des objets mais comme des êtres personnels et autonomes et, ce faisant, choisir la vie contre la mort [13].

2 les mouvements

Le travail de différents groupes féministes à l'échelle nationale et internationale est important et leur impact dans l'Eglise est tel que la hiérarchie commence à ne plus pouvoir garder à leur égard son souverain dédain. Voici les principaux à notre connaissance :

— a) Au plan international
« Femmes et Hommes dans l'Eglise », 58, rue de la Prévoyance. B - 100 Bruxelles, constitué en 1970, édite un bulletin bien documenté et est à l'origine de rencontres et de collaborations dans l'Eglise d'un type nouveau.
« Alliance Internationale Jeanne d'Arc », 48, chemin des Coudriers, CH 1211 Genève 28, constitué en 1911, centre une part importante de son action sur la recherche de l'ouverture du ministère aux femmes.
« Union mondiale des organisations féminines catholiques», 20, rue Notre-Dame des Champs, 75006 Paris, fondé en 1910, regroupe cent-vingt organisations, édite un bulletin.
« Organisation Internationale des Femmes » (N. O. W.), comporte un groupe permanent sur « Femmes et Religions ».
«Groupe mixte», formé à partir d'**Effort Diaconal,** B. P. 7321, F 69357 Lyon Cedex 2, organise recherches et rencontres sur l'accès possible des femmes aux ministères, publie des articles dans le bulletin d'**Effort Diaconal.**
« Amicale des femmes aspirant au sacerdoce », 1972, Monastère de Fichermont, 1410 Waterloo. Belgique.

Le Conseil œcuménique des Eglises comporte un « Departement on the cooperation of men and woomen in Church and Society ». La commission constituée à la suite de la consultation sur le sexisme, organisée en juillet 1974 à Berlin, travaille sur la révision des textes litur-

13. Mentionnons encore parmi les écrits parus ces derniers temps qui donnent des points de vue intéressants sur les questions posées par le féminisme :
J.-M. AUBERT, Y. PELLE-DOUEL, M. DELAPORTE, **L'Eglise et la promotion de la femme,** Paris, Fleurus, 1969.
Elsie GIBSON, **Femmes et ministères dans l'Eglise,** Paris, Tournai, Casterman, 1971.
J. VINATIER, **La Femme Parole de Dieu,** Paris, 1972.
Walter SCHUBART, **Eros et religion,** Paris, Fayard, 1972.
Odette d'URSEL, « L'accession des femmes au ministère pastoral dans les Eglises issues de la Réforme », **Lumen Vitæ** XXIX/3, 1974.
Y. PELLE-DOUEL, **Saint Jean de la Croix est-il féministe ?,** 1975, (**Recherche et vie** au CEFA, 58 rue de la Prévoyance, B-1000 Bruxelles, 1975).
Pour une liturgie non sexiste, présenté par le groupe « Femmes et Hommes dans l'Eglise », (adresse ci-dessus), 1976, et dans le même ordre de projet : **Women and Worship** de Sharon and Thomas NEUFER-EMSWILLER, New-York, 1974.

On consultera avec profit des textes plus anciens comme :
Th. MAERTENS, **La promotion de la femme dans la Bible,** Tournai, 1967.
Y. PELLE-DOUEL, **Etre femme,** Seuil, 1967.
F. QUERE-JAULMES, **La femme. Les grands textes des Pères de l'Eglise,** Le Centurion, Paris, 1968.
Le numéro « Masculin-Féminin » : **Lumière et Vie** 106, janvier 1972.

giques entachés de sexisme : « U. S. Working Group » P. O. W. 475 Riverside Drive Room, 439 New-York, N. Y. 10027.

— b) Au plan national

De multiples groupes sont à l'origine de la « Conférence catholique pour l'ordination des femmes », qui a eu lieu à Détroit les 28-30 novembre 1975 : « Women in future priesthood now : a call for action », 305 Michigan Av., Détroit, Michigan 48226.

« Association des religieuses américaines », N. A. W. R. 201 East Ohio Street, Chicago Il 60611.

A Milan, un groupe de base « Femme-Eglise » constitué en 1973 : Roberta Fossati, Viale Piave 15, 20129 Milano.

Aux Pays-Bas, le groupe « Wrouw - Man - Kerk » : Theologisch Instituut, Heyendaalseweg 121 A. Nijmegen, Nederland.

3 la pratique

Nous signalons ici les rassemblements dont nous avons plus nette connaissance.

Le colloque organisé par « Pro Mundi Vita » sur le thème « Femmes et Hommes dans les communautés chrétiennes » s'est tenu à Heverlee/Louvain, du 25 au 30 août 1975, en collaboration avec le Conseil œcuménique des Eglises, l'Union mondiale des organisations féminines catholiques, la Fédération luthérienne mondiale, Femmes et Hommes dans l'Eglise, Christian Family Movement, Communicacion e Intercambio para al Desarollo Humano en America Latina. Une centaine de personnes a participé aux travaux de ce colloque. Les observateurs ont été frappés par la volonté des femmes de nouer des liens solides de travail et de lutte entre elles et avec les hommes qui, dans l'Eglise, ont acquis assez de maturité pour sentir l'urgence de sortir l'Eglise de son ghetto sexiste et de sa théologie mystificatrice dont ni les uns ni les autres ne veulent plus être dupes. La résolution finale qui a été votée rend la hiérarchie responsable de la crise à laquelle elle condamne l'Eglise :

« Les dons de Dieu ne sont aucunement conditionnés par le sexe. Les Eglises ont refusé de reconnaître et d'utiliser les dons de chacun et par là se sont privées de la vie et de l'amour du Saint-Esprit. C'est pourquoi personne ne doit empêcher que les dons reçus par les femmes soient mis au service des Eglises. Les femmes, par conséquent, ne peuvent être refusées pour l'ordination sur la base du sexe. »

Passant immédiatement à l'exécution, les membres du colloque, clercs compris, ont célébré l'eucharistie avec la présidence de Connie Parvey, américaine, prêtre dans la tradition luthérienne.

Au mois de mars 1975, à Assise, un Congrès organisé par la Citadella d'Assise a réuni six cents femmes catholiques [14]. On y a dénoncé la culture catholique avec plus ou moins de vigueur selon ses propres attaches avec la bourgeoisie qui, on s'en doute, en est le principal canal. On a évoqué les stratégies de libération à mettre en place et reconnu que s'il y avait, comme on le dit tant, une spécificité fémine, ce ne pouvait être qu'une puissance de révolution. A partir de là seulement les femmes pourront construire leur propre identité qui est sûrement différente de celle que les hommes leur ont prêtée. L'éducation préconisée, la culture véhiculée par l'Eglise catholique ne peuvent permettre aux femmes de devenir elles-mêmes [15].

Le colloque international et œcuménique organisé par **Effort diaconal** en mars a voté une motion pour l'ordination des femmes au diaconat qui fut envoyée aux évêques ; lors du synode, on n'a pas tenu compte de ce document. Les 8 et 9 novembre 1975, à Lyon, a eu lieu une session nationale sur le thème de l'accession des femmes au diaconat. On y a étudié le rôle de l'imaginaire dans la dévalorisation dont les femmes sont victimes. Parlons enfin du Conseil œcuménique des Eglises, qui a eu lieu en novembre 1975 à Nairobi.

14. La revue **Rocca** du 1er avril 1975 donne un dossier sur la femme qui fait le point de ce congrès (Casella, poste 46, 06081. Assisi).

15. Cf. Elena GIANINI BELOTTI, **Du côté des petites filles,** Edit. des femmes.

Au dire des participants et des observateurs masculins, il semble que les femmes déléguées à cette assemblée (il était prévu une femme pour cinq hommes) n'aient pas su garder la réserve propre à leur sexe. Elles ont fréquemment exposé les situations diverses de contrainte qu'elles connaissent dans tous les pays (« Noire, femme et célibataire, je suis trois fois aliénée », a fait remarquer une congressiste), elles ont réclamé des liturgies et des traductions de la Bible débarrassées du sexisme. Certaines participantes se sont pourtant déclarées sans illusions sur le jeu des institutions — même des meilleures —, toutes de conception masculine, qui se rejettent les unes sur les autres la responsabilité du sexisme. Une féministe ne peut sans doute s'enthousiasmer de ce qui se passe dans ce genre de rassemblements où la récupération masculine hiérarchique de la révolte féminine est toujours possible ; mais on doit reconnaître malgré tout la valeur de cette explosion, dans des instances si longtemps fermées aux femmes, de questions embarrassantes qui, peu à peu reprises par les femmes du monde entier, ne trouveront que par elles et dans une pratique adaptée à chaque contexte leur solution satisfaisante. Signalons encore, parmi d'autres, des manifestations féministes en Italie : en janvier 1976, à Rome, où l'on a vu devant la basilique Saint-Pierre s'agiter des banderolles « libre sexe dans un Etat libre », ou à Milan où des mouvements féministes et d'extrême-gauche ont organisé un rassemblement, sur la place du Dôme, avec occupation symbolique de la cathédrale.

En guise de conclusion de cette première partie, nous dirons que manifestement les temps changent. Pendant bien longtemps, les hommes se sont crus seuls habilités à prononcer au nom de l'Eglise et de l'Evangile une parole sur les femmes qu'ils condamnaient au mutisme. Aujourd'hui, les femmes commencent à faire sauter les barreaux de leur prison ou du moins à en prendre l'envie. Elles ne tremblent plus devant le pouvoir mâle qui dans l'Eglise les a trop longtemps assujetties. Chrétiennes, elles ne respectent que ce qui appelle le respect et non ce à quoi il s'est trouvé réduit : une autorité machiste qui étouffe la Bonne Nouvelle du Christ. Elles croient à l'Evangile libérateur et leur exégèse biblique est plus cohérente que celle qui, ayant droit de cité, a limité la sortie de l'univers concentrationnaire d'Egypte ou de Babylone à l'intimisme religieux bourgeois. Aujourd'hui les femmes commencent leur exode : c'est dans la plus authentique tradition biblique. On peut se demander si l'Eglise traditionnelle est capable d'en saisir la portée.

la parole de l'église, gardienne du passé antérieur des religions et des cultures

Face au mouvement féministe, on est consterné de constater l'immobilisme romain et le soutien que lui apporte une certaine pensée théologique. Le discours traditionnel fonctionne toujours sur deux temps : 1) La sexualité féminine est la marque d'un destin voulu par Dieu, que les femmes doivent vivre en y reconnaissant leur nature et la vocation où épanouir leur liberté. 2) Se trouve donc justifiée par Dieu pour l'éternité, la hiérarchisation sociale qui n'accorde d'existence aux femmes que par l'homme et pour l'homme (la femme est fille, épouse, mère, compagne, etc.). Il suffit de faire le tour des commissions et allocutions diverses pour s'en rendre compte.

1 la parole hiérarchique

Dans le concert tenu sur la femme, le plus souvent hors de son concours, la partie piégée sur le mode lyrique s'est trouvée être assurée par la hiérarchie catholique.
Retenons l'allocution du Pape du 7 décembre 1974, qui en reprend textuellement une autre faite en 1966 [16]. On voit qu'à Rome, le temps

16. **La Documentation catholique** 1668, 19 janv. 1975, pp. 55-56.

ne compte pas ! Paul VI réclame pour la femme « la plénitude des droits civils », « la possibilité d'exercer les mêmes fonctions professionnelles, sociales et politiques que l'homme selon ses capacités personnelles », le respect auquel elle a droit en tant que « célibataire, épouse ou veuve ». Ces paroles sont un modèle du genre : remarquons que la femme n'y est reconnue comme digne que dans son rapport à l'homme (présent ou absent), que la société civile seule (et non l'Eglise) est exhortée à donner aux femmes la possibilité de mettre en œuvre leur personnalité. La femme, continue Paul VI, est « au centre d'une crise des institutions et des mœurs ». On s'aperçoit vite qu'elle en est aussi responsable en cherchant une « émancipation par rapport à l'homme, une nouvelle interprétation de son rôle d'épouse, de mère, de fille, de sœur, une tendance à travailler au dehors, ce qui ne va pas sans dommage pour les rapports conjugaux et l'éducation des enfants ». Le Pape rappelle immédiatement les « valeurs irremplaçables » attachées à la différenciation sexuelle qui crée pour les uns et les autres des natures et fonctions déterminées. La femme est spécialement faite pour le « domaine humain où se posent plus directement les problèmes de la vie, de la souffrance, de l'assistance surtout dans la maternité ». Le « domaine inhumain » serait-il réservé à l'homme ? à moins que ce ne soit le « divin » ? Nous y sommes donc : la femme est par nature « mère » : sa vocation s'inscrit dans son utérus, pour Paul VI comme pour saint Thomas ou autres Pères de l'Eglise. Là est sa grandeur. Viennent alors les accents lyriques :

« La femme est une vision de pureté virginale qui retrouve les sentiments affectifs et moraux les plus élevés du cœur humain. Pour nous, elle est dans la solitude de l'homme l'apparition de sa compagne qui sait le don suprême de l'amour, la valeur de la collaboration et de l'aide..., l'héroïsme habituel du sacrifice. Pour nous, elle est la mère, la source mystérieuse de la vie humaine, où la nature reçoit encore le souffle de Dieu, créateur de l'âme immortelle. Pour nous, elle est la créature la plus docile à toute formation et par conséquent apte à toutes les fonctions culturelles et sociales, particulièrement à celles qui sont le plus congénitales à sa sensibilité morale et spirituelle. Pour nous elle est l'humanité qui a la meilleure attitude devant l'attrait religieux, l'humanité qui, lorsqu'elle suit sagement cet attrait, s'élève et se sublime dans l'expression la plus authentique de la féminité... »

Le lyrisme est donc utilisé pour exalter le statut d'éternelle mineure de la femme, et de façon corollaire, celui du mâle, son maître éternel. Les accents « prophétiques » sont réservés à réclamer justice pour la promotion de la femme... dans la société civile.

Regardons un autre texte exemplaire, lui aussi, celui de Mgr Bernardin [17], président de la conférence épiscopale aux Etats-Unis, qui commence par rendre grâces pour l'amour que les femmes manifestent à l'Eglise et rappeler, à la façon de Paul VI, l'égalité de la femme et de l'homme pour laquelle il faut œuvrer, puis donne à ces exhortations ce développement étonnant :

« La pratique et la tradition constante de l'Eglise ont exclu les femmes du ministère épiscopal et sacerdotal. Jusqu'à nos jours, les théologiens et les spécialistes du droit canonique ont été unanimes à considérer cette exclusion comme absolue et d'origine divine, et non pas comme résultant d'une loi purement ecclésiastique... »

Il y a donc là « un clair enseignement du magistère ordinaire de l'Eglise », et on ne peut, « comme on le fait parfois, réduire la question de l'ordination des femmes à un problème d'injustice ». On appréciera le sérieux et le caractère péremptoire des justifications données à cette exclusion des femmes (absolu de Dieu et absolu de la parole cléricale se confondent) et le niveau auquel Mgr Bernardin situe le ministère sacerdotal : il n'envisage ni l'annonce de l'Evangile, auquel les femmes elles aussi peuvent être appelées, ni l'attente

17. Cf. **Informations Catholiques Internationales** 485-486, août 1975.

de communautés humaines et chrétiennes, ni les charismes dont seul l'Esprit dispose hors de toute référence au sexe, etc.

Dans la **Documentation Catholique** du 1er juin, on trouvera aussi un texte du Cardinal Renard, archevêque de Lyon, qui dit ceci : « les femmes pourraient être des prêtres de qualité, unissant la contemplation et l'action, moins rationnelles et activistes sans doute, mais peut-être moins aptes à discerner les esprits et à éclairer les personnes ». Peut-on encore en ce cas parler d'un charisme de « discernement des esprits » ? Il faut aussi faire état ici des derniers textes du Vatican sur la sexualité (**Le Monde**, 16 janvier 1976) qui, ne lui accordant qu'un espace possible : celui de l'entreprise familiale reproductrice, assigne une seule fonction à la femme. On sait depuis **Humanæ vitæ** que la femme doit observer scrupuleusement les rythmes de la reproduction. Là encore, l'attitude de l'Eglise à la Conférence mondiale de l'Année Internationale de la femme, qui a eu lieu du 19 juin au 2 juillet 1975 à Mexico, est significative. La délégation du Saint-Siège, présidée par Mgr Ramon Torrella Cascante, vice-président de la commission pontificale « Justice et Paix », s'est abstenue lors du vote de l'ensemble du Plan d'action mondial à cause d'un paragraphe qui « reconnaît à l'individu autant qu'au couple le droit de décider librement en matière de procréation ».

La délégation romaine ne peut occulter complètement la vérité de sa position sur l'avortement : elle veut maintenir la suprématie du mâle et refuser aux femmes le droit d'être autonomes et responsables, et donc de décider comment, dans des situations concrètes, exprimer le respect de la vie [18].

2 les actes de la hiérarchie

a) On sait qu'une commission pontificale d'étude sur le rôle de la femme dans la société et dans l'Eglise a été mise en place le 3 novembre 1973 et s'est achevée le 31 janvier 1976. Sa composition : quinze femmes, dix hommes dont trois laïcs. L'étude en fut strictement limitée par Paul VI : « Dès le début de ces recherches, la possibilité de l'ordination sacerdotale doit être exclue » [19]. Il ne s'agit là, dit-il, que de « faux problèmes ». On imagine facilement dans de telles conditions l'ouverture dont jouissent les travaux de la commission. On s'aperçoit que le but inavouable de la commission est avant tout de neutraliser la contestation révolutionnaire des femmes. Dans les principes qui guident le travail, on dit encore : « le baptême et la confirmation constituent, en eux-mêmes, les bases sacramentelles essentielles pour que soit confiée aux laïcs — hommes ou femmes — la plénitude de la vocation chrétienne et avec celle-ci le droit de participer en tant que laïcs à l'apostolat hiérarchique de l'Eglise. C'est précisément la raison pour laquelle il n'est pas nécessaire de conférer à la femme des ordres sacrés ». On ne voit pas pourquoi on continue à le faire pour des hommes, qui eux aussi sont baptisés et confirmés ! Quant à la présence des quinze femmes, elle est essentiellement une présence alibi. Pure « représentation » qui doit retarder la véritable « présence » des femmes dans la vie de l'Eglise. Une seule universitaire, diplômée en médecine, une seule théologienne face aux canonistes, exégètes et dogmaticiens du groupe dont l'influence pour l'orientation des travaux est déterminante et rend difficile, voire douloureusement impossible, de l'avis même des femmes qui ont été choisies, une expression de poids en ces domaines où la compétence n'est pas égale. On peut voir là une volonté formelle de laisser aux seuls hommes — compétents — la direc-

18. Cf. **La Documentation catholique** 1682, 7-21 sept. 1975, pp. 769-773.

19. Cf. l'allocution du Pape à la première réunion de cette commission : **La Documentation...** 1644, 16 déc. 1973 ; p. 1057 ; sur la composition de cette commission : **La Documentation...** 1633, 3 juin 1973, pp. 508-509. Voir aussi l'allocution de Paul VI au comité pour l'année internationale de la femme : **La Documentation...** 1675, 9 mai 1975, pp. 403-404.

tion des travaux. Plus grave encore est le fait que la commission n'a pas tenu compte de ce qui se passe actuellement dans les autres Eglises. La dimension œcuménique aurait pu donner à la recherche une certaine crédibilité. Comment ne pas tenir compte de l'ordination des femmes dans l'Eglise épiscopalienne ? du synode de l'Eglise anglicane qui en a admis le principe (juillet 1975) et qui, avec son évêque d'Oxford, le Dr Kennets Woollcombe, a reconnu que « pour être tout à fait représentative, la prêtrise doit être accessible aux deux sexes. On ne peut concevoir le Christ dans toute sa gloire comme une sorte de mâle divinisé » ? Comment oublier le ministère de femmes dans l'Eglise luthérienne ?

Certes tout ne va pas sans ambiguïté, car les femmes remplissent des ministères dans des secteurs reconnus comme « féminins » : œuvres charitables, éducatives... Les femmes ordonnées dans ces Eglises disent souvent elles-mêmes qu'elles n'ont pas encore été acceptées dans leur sacerdoce à part entière. Il n'en reste pas moins qu'en se coupant de l'apport des expériences des autres Eglises, la commission s'est privée d'un nouveau souffle et a suscité à juste titre la méfiance sur le sérieux de ses travaux. **Le Monde** du 3 février 1976 fait état de paroles de Paul VI prononcées le 31 janvier précédent, lors de l'achèvement des travaux de cette commission :

« L'égalisation des droits (entre l'homme et la femme) ne doit pas dégénérer en nivellement égalitaire et impersonnel... L'égalitarisme risque soit de viriliser indûment la femme, soit de la dépersonnaliser. »

b) Dans les faits et gestes de la hiérarchie, il faut citer encore la possibilité qu'elle accorde à quelques femmes de remplir des tâches jusqu'ici confiées aux hommes. On voit donc que, face à la pénurie, l'Eglise modifie par opportunisme sa politique d'exclusion des femmes.

La hiérarchie joue ainsi sur deux tableaux : elle maintient le statut mineur des femmes, mais elle encourage celles-ci à le transcender spirituellement par leur générosité et leur amour de l'Eglise.

3 la parole théologique au service de rome

Le langage crispé de la hiérarchie qui, malgré ses dires, refuse pratiquement aux femmes de vivre de l'Esprit de Jésus-Christ et d'avoir une existence personnelle, autonome, trouve un soutien de la part de certains penseurs chrétiens qui semblent chargés d'en maquiller l'ineptie ou la perversité. A ce propos, je ne citerai que deux livres récents, représentatifs à des niveaux différents d'un courant de pensée passéiste. Le premier est d'André Manaranche, **L'Esprit et la Femme**, Paris, Seuil, 1974 : le titre à lui seul est inquiétant. Il définit un axe du livre difficilement acceptable. On imagine vite l'usage qu'en fera la pensée la plus timorée. Que penser, par exemple, à propos de la distinction homme-femme dans l'Eglise, de ce raccourci saisissant :
« Les vraies raisons de la conduite divine sont à chercher dans le rapport du Christ avec l'Eglise et l'Epouse. Au Fils revient d'être la tête du Corps qui est le sien et de signifier ce rôle permanent par la fonction apostolique confiée de ce fait à des hommes. » [20]

Ce « de ce fait » est particulièrement savoureux, tant du point de vue de la théologie que de celui de la logique ! En tous cas, les femmes comprendront qu'il leur est bon de laisser aux seuls hommes le droit d'être des sujets responsables ; ils l'ont acquis par la « nature » qu'ils partagent avec le Christ mâle. Quant à elles, avec Marie et dans l'Esprit, elles ont la tâche sublime d'exalter le « féminin » dans l'humanité.

Il est prudent de se méfier de ces nouveaux messianismes féminins. Je suis pourtant de

20. **Op. cit.**, p. 76. A. Manaranche reprend les conclusions de P. GRELOT, **Le ministère de la nouvelle alliance** (Foi vivante), Paris, Cerf, 1967, que l'on consultera, selon son humeur, avec indignation ou humour.

l'avis de Manaranche lorsqu'il dit que les femmes ont mieux à faire qu'à chercher à obtenir des ministères, fûssent-ils presbytéraux. Nous divergeons seulement sur la signification de ce renoncement. Pour Manaranche, il entérine les structures actuelles ; je ne peux le voir que comme le signe d'un refus que les femmes peuvent ainsi manifester devant ces mêmes structures qui les ont toujours opprimées — elles d'abord, mais aussi les hommes en un autre sens — et qui ont rendu singulièrement ambiguë toute communauté chrétienne.

Le livre d'Henri ROLLET, **La condition de la femme dans l'Eglise,** Fayard, 1975, est d'une autre veine. Il se donne pour tâche de passer en revue toutes les formes de participation des femmes à la construction de l'Eglise depuis ses origines jusqu'à nos jours. On sera surpris de la platitude de certaines affirmations : « L'homme a beaucoup à recevoir de sa compagne : elle l'aide à se former comme mari, père, grand'père » (p. 318) ; ou encore : « La contribution de la femme au développement de l'Eglise apparaît considérable. Elle a enseigné les éléments de la religion à ses jeunes enfants, préservé ou ravivé celle de son époux, aidé ses vieux parents à mourir » (p. 312). Il y a vraiment de quoi exulter devant la Bonne Nouvelle annoncée aux femmes.

A des niveaux différents, ces livres ne peuvent que retarder la connaissance du malheur qu'hommes et femmes ensemble subissent tant que se trouvent institutionnalisées les discriminations sexistes qui imposent aux uns et aux autres de vivre dans des rôles frauduleusement consacrés et toujours déshumanisants. Nous avons certes tous à réclamer à titre personnel le droit à la différence comme un droit à la liberté. Que devient-il lorsqu'il est uniquement délimité par le sexe ? Il n'y a plus ni liberté ni différence véritable, mais seulement des destins biologiques [21].

Pour conclure cette deuxième partie, nous dirons que la pensée traditionnelle de l'Eglise sur la femme soutenue aujourd'hui encore manque considérablement de réalisme. Qui est « la Femme » ?

Une entité. Qu'appelle-t-on une « vraie femme », une « femme féminine » ? Une vision fabuleuse, nécessaire pour que fonctionne la bonne marche du système, un artifice bien monté pour qu'une des deux parts de l'humanité soit emmurée par l'autre et parfois heureuse de l'être. Car le système fonctionne à merveille — et l'aliénation de la femme est totale — lorsqu'en raison de leur foi les femmes exercent à leur égard leur propre milice répressive. Ce discours traditionnel, on le voit, ne tient compte d'aucune condition historique objective, d'aucune donnée politique ou économique de la vie des femmes bien réelles. L'abstraction les rassemble toutes indistinctement dans la malédiction-bénédiction, mais on en utilise quelques-unes, prudemment tenues en laisse, comme alibis de renouveau ou de liberté pour mieux empêcher l'émergence redoutable des prises de conscience collectives. On évite d'analyser les raisons de ces fameuses différences qui existent bel et bien entre les deux sexes : d'origine divine et naturelle (donc intouchable), les différences ne sont donc jamais désignées comme le produit de processus historiques tout à fait analysables. Evacuant le réel au profit de mythes, la hiérarchie — dans son ensemble — présente un monde tout fait d'avance où l'homme et la femme ont leur place marquée de toute éternité, l'un pour dominer, l'autre pour être dominée. Le discours ecclésial tente de s'insinuer dans les mentalités : il vise à neutraliser toutes les contradictions pour qu'aucun changement créateur ne puisse bouleverser la société.

21. On pourra consulter des écrits plus anciens qui présentent des « théologies de la femme » qui sont en fait des impasses : Gertrud von LE FORT, **La femme éternelle,** Cerf, rééd. de 1968 ; Paul EVDOKIMOV, **La femme et le salut du monde,** Paris, Centurion, 1968 ; Marc RONDEAU, **La promotion de la femme dans l'Eglise contemporaine,** Montréal, Fides, 1969 ; Henri de LUBAC, **L'Eternel Féminin, étude sur un texte de P. Teilhard de Chardin,** Paris, Aubier, 1968. Ces théologies font de la femme la gloire ou l'avenir de l'homme, mais lui refusent le statut d'être humain, le seul qu'elle demande.

conclusions et perspectives d'avenir

Nous avons voulu dans cette chronique donner la priorité à ce qui nous semble porter les forces vives de l'Eglise et ne regarder que dans un deuxième temps son versant passéiste. Où est l'Eglise du Christ ? peut-on se demander. Il est, en effet, affligeant et inquiétant de voir l'institution se marginaliser de plus en plus par rapport à l'Eglise vivante. Celle-là se sent chargée d'une fonction répétitrice des cultures les plus contestables et les plus périmées. Celle-ci est faite d'hommes et de femmes qui se veulent responsables d'une nouvelle Création animée de l'Esprit du Christ Jésus. La peur dans laquelle le Vatican s'isole et tente d'isoler l'Eglise ne peut être évangélique. Tout la reflète : discours sur la sexualité, la femme, la famille, l'éducation, le sacerdoce — dernier bastion du pouvoir à conserver, nous l'avons vu. La tentation qui guette les chrétiens est de sous-estimer le danger que de tels discours et de telles pratiques font réellement courir à l'annonce de Jésus-Christ, et de les prendre pour insignifiants alors qu'ils sont aussi nocifs. Le féminisme combat pour une autre société et porte sans doute l'espoir d'une autre Eglise, en tout cas le désir d'un Evangile pour tous indistinctement. L'Eglise officielle et l'Eglise des petits, qu'elle a trop longtemps absusés, le comprendront-ils à temps ?

nelly beaupère

chronique d'écriture sainte

ancien testament

L'approche historique est la meilleure manière d'aborder l'Ancien Testament ; mais elle n'est pas la plus facile. Les **Histoires d'Israël,** souvent austères ou inaccessibles au grand public, ne se préoccupent guère de la signification permanente de cette histoire ; aussi voit-on mal, parfois, comment de tels ouvrages pourraient encore nous concerner aujourd'hui.

histoire d'israël - les patriarches - l'exode

Il faut donc saluer avec joie l'ouvrage de C. Westermann, l'un des grands maîtres de l'exégèse vétéro-testamentaire d'Outre-Rhin (1). Dans ce livre, de lecture agréable, on trouvera exposée la trame générale des mille ans qui ont vu le long cheminement du peuple de Dieu. De brèves indications permettent de saisir l'élaboration littéraire des grandes traditions bibliques, un exposé théologique présente le message qu'elles contiennent. Sur ces mille ans de longue route, le jour, celui où le Fils de l'homme a été exalté, brille sans cesse. C'est donc une lecture chrétienne de l'Ancien Testament que propose C. W. qui se garde d'oublier que les livres bibliques envisagent, à la lumière de Dieu, tout ce qui fait partie de la condition humaine et de l'existence dans le monde. Le sous-titre en dit bien le propos : l'histoire d'Israël est le miroir de notre temps.

Dans un livre de la même collection, R. Michaud tente de reconstituer ce qui a dû être l'histoire des ancêtres d'Israël, et il expose la théologie des traditions patriarcales (2). On retiendra surtout l'insistance avec laquelle l'auteur note le processus d'assimilation qui s'est opéré à cette époque. Les clans de semi-nomades, indépendants les uns des autres, dont les chefs se nommaient Jacob, Israël, Isaac et Abraham, ont fréquenté les sanctuaires cananéens où le dieu El était adoré sous différents vocables. Chacun de ces sanctuaires possédait une « légende cultuelle » ou « mythe d'origine » qui légitimait son caractère sacré et que les patriarches ont progressivement adoptée et transformée. Les relations nouvelles et diverses qui unissaient ces clans à un stade plus évolué se sont exprimées dans la généalogie bien connue : Abraham, père d'Isaac et Isaac, père de Jacob. Les « sagas » patriarcales (récits racontant les origines d'un peuple, appelés encore « légendes ethnologiques ») s'enracinent dans la réalité historique et ont été transmises oralement durant de longs siècles avant d'entrer, à partir de l'an mille, dans la composition de grandes œuvres littéraires conservées jusqu'à nos jours. Les interprétations successives données aux traditions ancestrales à la lumière de la foi, autrement dit la théologie, varient selon les besoins de l'époque. Le Yahviste actualise les traditions patriarcales de manière à montrer dans la royauté davidique la réalisation des promesses de Dieu et une institution de salut pour les nations. L'Elohiste présente les patriarches comme des modèles de fidélité au Dieu de l'Alliance. Le Sacerdotal démontre que la Parole de Dieu se réalise toujours infailliblement. On appréciera dans ce petit volume maintes remarques pleines de finesse : signalons en particulier celles concernant le mythe comme « histoire vraie » et celles qui différencient mentalité cananéenne et foi biblique.

Dans la série des **Commentaires de l'Ancien Testament,** F. Michaeli a écrit un bon commentaire du livre de l'Exode (3). Après une intro-

1. Claus WESTERMANN, **Mille ans et un jour. L'histoire d'Israël miroir de notre temps,** tr. de l'allemand par Albert Chazelle (Lire la Bible 41), Paris, Cerf, 1975, 358 p.
2. Robert MICHAUD, **Les Patriarches. Histoire et théologie** (Lire la Bible 42), Paris, Cerf, 1975, 176 p.

3. Frank MICHAELI, **Le livre de l'Exode** (Commentaire de l'Ancien Testament 2), Neuchâtel, Paris, Delachaux et Niestlé, 1974, 310 p.

duction abordant successivement : Plan et contenu, Composition et Structure littéraire, Histoire et Théologie, Bibliographie, l'A. suit pas à pas le texte biblique. Comme dans les autres volumes de la série (commentaires de Josué ; Osée-Joël-Amos-Abdias-Jonas ; Michée-Nahoum-Habacuc-Sophonie ; Job ; Les Livres des Chroniques, d'Esdras et de Néhémie), on trouvera dans celui-ci un commentaire précis, à la fois historique, littéraire et théologique. Dans les notes, une attention particulière a été accordée à la tradition juive, et c'est tout bénéfice. Le dernier commentaire de l'Exode, complet, en français, était vieux de vingt ans. L'ouvrage de G. Auzou, **De la servitude au service. Etude du livre de l'Exode,** Paris, 1961, était stimulant mais rapide. Le livre de Michaeli comble donc un vide. Il vient à son heure et rendra grand service pour relire l'Exode dont on sait l'importance dans la tradition judéo-chrétienne. Rappelons que dans la même collection ont paru d'excellents volumes consacrés au Nouveau Testament.

liturgie - anthropologie - éthique

Les chrétiens connaissent mal la liturgie d'Israël et pourtant les fêtes israélites ont directement influencé les traditions cultuelles de l'Eglise naissante. On trouvera dans le livre de R. Martin-Achard une présentation brève mais précise des principales fêtes d'Israël [4]. Chacune d'entre elles mettant en évidence certaines idées forces, l'A. amorce à ce propos une réflexion d'ordre théologique. Son livre va plus loin, il invite à parcourir l'Ancien Testament en prenant comme point de départ le calendrier liturgique d'Israël. Au sujet de chaque fête, développement et interprétation sont mis en évidence, nom, origine et histoire sont expliqués, signification théologique et textes bibliques sont exposés. On peut ainsi étudier les fêtes du printemps (Pâque et les Semaines), les fêtes d'automne (les Tentes, le Nouvel An, Yom Kippur), et les fêtes postérieures (9 Av, Hanukkah, Purim). Pour cheminer à travers la Bible hébraïque ce guide est fort précieux. En suivant son itinéraire liturgique on découvrira, avec un regard neuf, bien des aspects essentiels de l'Ancien Testament.

« L'urgence des problèmes, la perspective de profits, les questions spéciales, les plans d'ensemble, les statistiques, les traditions dissimulent la vue de l'homme contemporain. Et à l'improviste, surgit dans la consommation massive d'instruments et de médicaments, d'utopies et de psychanalyses, une faim élémentaire d'une anthropologie négligée : qu'est-ce donc que l'homme ? »

C'est à cette question que veut répondre le livre de H. W. Wolff [5]. Il le fait en interrogeant patiemment l'Ancien Testament, lieu où l'homme a la possibilité de se comprendre vraiment et de reconnaître ce qui caractérise son humanité propre. Mais il n'y a pas dans l'Ancien Testament une doctrine homogène de l'homme et on ne peut pas non plus y discerner une évolution de l'image biblique de l'homme. Ce que l'on peut dire, c'est que l'homme biblique est très loin d'être la mesure de toutes choses, et que son dialogue avec Dieu l'appelle sans cesse au renouveau. Aussi faut-il, au niveau de la méthode, envisager un point caractéristique. Les problèmes anthropologiques ne seront pas résolus en mettant la théologie en veilleuse, bien au contraire, ils ne le seront qu'en usant d'une totale sincérité dans l'écoute du témoignage que la Bible rend à Dieu. L'anthropologisation de la théologie est à la mode ; celui qui prétend étudier l'homme dans l'Ancien Testament devra plutôt s'ouvrir à une compréhension théologique des phénomènes anthropologiques. G. von Rad avait déjà souligné que les idées d'Israël sur l'homme ne pouvaient être comprises qu'à partir des caractères spécifiques de sa foi en Dieu, et J. Moltmann notait, à propos de son **Anthro-**

4. Robert MARTIN-ACHARD, **Essai biblique sur les fêtes d'Israël,** Genève, Labor et Fides, 1974, 166 p.

5. Hans Walter WOLFF, **Anthropologie de l'Ancien Testament,** trad. d'Etienne de Peyer, Genève, Labor et Fides, 1974, 228 p.

pologie chrétienne[6], que le livre sur l'homme serait en réalité un livre sur Dieu. C'est dans cette perspective que se situe H. W. Wolff, persuadé que l'homme commence à comprendre son humanité propre à l'occasion de son dialogue avec Dieu. Encore faut-il connaître les situations concrètes rencontrées par les auteurs bibliques afin de mieux percevoir l'essentiel de l'homme et de ne pas poser les problèmes d'une manière étroite. Les réponses essentielles aux questions sur l'homme abordées par les témoins bibliques sont données en trois parties : l'être de l'homme, le temps de l'homme, le monde de l'homme.

Le lecteur attentif de cet ouvrage apprendra beaucoup. Conduit par un exégète de valeur, il comprendra mieux les déclarations concernant la création de l'homme, il mettra un peu d'ordre dans les notions anthropologiques fondamentales de l'Ancien Testament, et il saura comment la Bible envisage les phases importantes de la vie humaine et la destinée propre de l'homme dans le monde où il vit. Ceux qui sont tentés de faire le procès aussi rapide qu'injuste de l'anthropologie vétéro-testamentaire découvriront, s'ils sont de bonne foi, que la Parole de Dieu éclaire bien des aspects et des traits dominants de la nature humaine. En ce domaine, l'Ancien Testament n'est pas aussi anachronique qu'on voudrait nous le faire croire. A quand un ouvrage analogue sur le Nouveau Testament ?

Comme l'anthropologie de l'Ancien Testament, l'éthique vétéro-testamentaire ne peut être séparée de la foi. Réduire cette éthique à une loi et opposer cette loi à l'Evangile manifeste un jugement fort sommaire dont il est grand temps de se débarrasser. Hendrik van Oyen montre qu'en opposition à l'éthique de l'Antiquité, le propre du message de l'Ancien Testament est la découverte du prochain dans les relations entre Dieu et l'homme[7]. S'ouvrir à celui qui est « comme toi » est l'impératif essentiel de cette éthique qui embrasse toute la réalité concrète de la vie quotidienne. La foi qui sous-tend cette éthique insiste tout particulièrement sur le rapport personnel liant Dieu et l'homme. L'échange concret affirmé entre Dieu et son peuple passe au premier plan. L'obéissance joyeuse sera le fil conducteur de cet échange bâti non sur la mythologie, mais sur la foi à un Dieu qui agit personnellement et se révèle dans l'histoire. Conception de Dieu non mythologique mais historique, proclamation d'une exigence dans l'existence sociale et individuelle, telles sont les données essentielles quand on veut aborder l'étude de l'éthique vétéro-testamentaire. L'A. construit son exposé en abordant successivement : les fondements théologiques (l'Alliance en est l'essentiel) ; l'image de l'homme ; l'éthique de la « Tora » ; l'éthique des prophètes ; la pensée éthique de la Sagesse ; la pensée éthique de la vie sociale ; l'éthique de la vie politique. Les travaux récents montrent que l'Alliance est la notion dominante de l'Ancien Testament. C'est à cette lumière que H. van Oyen expose l'éthique de l'Ancien Testament. A lire son ouvrage, on découvrira la sève bienfaisante qui coule en bien des textes vétéro-testamentaires dont la couleur juridique et l'aspect rébarbatif risquent de faire déprécier le contenu[8].

---

universalisme et élection

La foi d'Israël consiste essentiellement à croire que Dieu s'est choisi un peuple dont il veut faire un peuple à part. Cette affirmation d'une élection divine ne bannit cependant pas tout universalisme ; encore faut-il voir de près de quel universalisme il s'agit. C'est l'objet du livre de P. E. Dion, professeur au Collège domi-

6. Jürgen MOLTMANN, **Mensch, christiche Anthropologie in den Konflikten der Gegenwart** (Themen der Theologie II), Stuttgart, 1971. Traduction française : **L'Homme. Essai d'anthropologie chrétienne,** Paris, Cerf, 1974.
7. Hendrik VAN OYEN, **Ethique de l'Ancien Testament,** trad. d'Etienne de Peyer, Genève, Labor et Fides, 1974, 210 p.

8. Rappelons, sur le même sujet dans le Nouveau Testament, l'ouvrage de M. H.-D. WENDLAND, **Ethique du Nouveau Testament,** Genève, Labor et Fides, 1972.

nicain d'Ottawa[9]. L'universalisme israélite est celui d'un peuple élu prenant conscience de l'universalité de son Dieu. Ce n'est ni un cosmopolitisme d'intellectuel ou de négociant, ni un rêve humaniste de fraternité sans frontières. L'universalisme d'Israël pourrait se résumer en cette affirmation : Yahvé est le Dieu d'Israël mais il veut étendre son salut « jusqu'aux extrémités de la terre ». Cette formule présuppose bien des étapes et a connu des interprétations fort diverses.

L'universalisme de la Bible s'est développé d'une manière un peu anarchique et les difficultés de date pour les textes concernés invitent à la prudence pour toute reconstitution d'une évolution chronologique. Que le pouvoir de Yahvé ne soit pas limité à un territoire ni à certains hommes est une idée ancienne en Israël. Que Yahvé prenne soin de tous les hommes constitue le thème essentiel des traditions consignées en Genèse 1-11. Que Yahvé appelle tous les hommes à le reconnaître explicitement est une conception du Deutéro-Isaïe. A partir de là, quelques textes annoncent la conversion des survivants des nations à un service de Yahvé centré sur Sion et faisant droit au statut privilégié d'Israël ; d'autres poussent les étrangers établis en Judée à s'intégrer totalement au peuple élu en épousant toutes les obligations de la Loi. Jamais cependant, dans l'Ancien Testament, Israël n'essaie de convertir de force les nations étrangères, jamais non plus il n'envoie de missionnaires officiels. L'intégration des étrangers se fit plus ou moins largement, selon les circonstances historiques que vivait le peuple de Dieu.

En matière d'universalisme, la religion d'Israël a connu bien des tensions. On attend pour l'avenir le ralliement des nations et on sait que Yahvé ne juge les païens, pour le moment, que d'après leur rectitude morale. On espère le salut des nations et on recrute des prosélytes. Allait-on assister à la catastrophe des nations ou à leur salut ? L'Ancien Testament n'offre pas de réponse.

problèmes de méthode

Qu'il soit biblique ou non, un texte n'a pas une seule porte ni une seule clé: Des études présentées dans le cadre d'un enseignement du troisième cycle organisé par les Facultés de théologie des Universités de Fribourg, Genève, Lausanne et Neuchâtel durant l'hiver 1972-1973, et regroupées dans un recueil, en apportent la démonstration[10]. Le livre commence par une étude du sacrifice d'Isaac (Gn. 22, 1-19) et de la parabole de l'enfant prodigue (Lc. 15, 11-32), conduite selon la méthode historico-critique dont on rappelle les sources. On fait ensuite appel à d'autres voies pour lire les mêmes textes. Un stylisticien et un sociologue fournissent tour à tour des indications méthodologiques sur la discipline qu'ils représentent, et tentent d'appliquer leur manière de lire aux textes témoins qui leur ont été soumis. Après avoir fait le point de cette rencontre entre l'exégèse biblique et les sciences humaines, une troisième étape, amorcée seulement, pose la question de savoir si ces voies nouvelles nous permettent de mieux comprendre les textes bibliques. L'exégèse scientifique ne doit ni rejeter les sciences profanes, ni en abuser, mais en user. La lecture de cet ouvrage ne peut que persuader le lecteur, s'il en était besoin, et le défendre contre tout fondamentalisme et tout scientisme.

9. Paul-Eugène DION, o. p., **Dieu universel et peuple élu. L'universalisme religieux en Israël depuis les origines jusqu'à la veille des luttes maccabéennes** (Lectio divina 83), Paris, Cerf, 1975, 169 p.

10. **Exegesis. Problèmes de méthode et exercices de lecture (Genèse 22 et Luc 15)**, travaux publiés sous la direction de François BOVON et Grégoire ROUILLER (Bibliothèque théologique), Neuchâtel, Paris, Delachaux et Niestlé, 1975, 313 p. On trouve dans ce recueil des contributions de Gérald ANTOINE, Louis BEIRNAERT, François BOVON, Jacques LEENHARDT, Paul RICŒUR, Grégoire ROUILLER, Philibert SECRETAN, Christophe SENFT, Yves TISSOT.

en marge de l'ancien testament

En 1953 paraissait un choix de textes d'Apocryphes de l'Ancien Testament, traduits et présentés par J. Bonsirven. Bien que ce recueil ne donne que des extraits, et non la traduction intégrale, les Editions du Cerf et Fayard ont estimé qu'il n'avait pas perdu son intérêt[11]. On sait l'importance des Apocryphes pour une meilleure compréhension de la Bible. Ceux qui sont présentés ici constituent comme le « passage obligé » pour tisser le lien entre les deux Testaments. Cette anthologie est donc utile, mais elle ne dispensera pas le lecteur de recourir aux éditions récentes, plus complètes, dont l'avertissement dresse la liste, en attendant que paraisse la traduction intégrale des textes majeurs, actuellement en préparation pour la collection « La Pléiade ».

11. **La Bible apocryphe. En marge de l'Ancien Testament,** textes choisis et traduits par J. BONSIRVEN (Textes pour l'Histoire sacrée choisis et présentés par Daniel-Rops), 2e éd., Paris, Cerf, Fayard, 1975 (rééd. de l'édition originale de 1953).

jean-luc vesco

livres reçus à la revue[1]

ANAGARIKA GOVINDA (Lama), **Les fondements de la mystique tibétaine** (Spiritualités vivantes), Paris, Albin Michel, 1976, 448 p.

ANCEL (Mgr Alfred), **Pour une lecture chrétienne de la lutte des classes,** Paris, Edit. Universitaires, 1975, 368 p.

Ancien Testament. Traduction œcuménique de la Bible (T.O.B.), Paris, Cerf et Les Bergers et les mages, 1975, 2 971 p.

Approche ethnopsychiatrique des sectes religieuses en Aquitaine. Travail collectif du Groupe d'ethnopsychiatrie de Bordeaux, multigraph., Bordeaux, Université de Bordeaux II, 1975, 344 p.

AYEL (Vincent), **Inventer la fidélité au temps des certitudes provisoires,** Lyon, Paris, Chalet, 1976, 176 p.

BEGUERIE (Philippe), **Eucharistie** (Dossiers libres), Paris, Cerf, 1975, 96 p.

BERTRAND (Dominique), **Une prière pour l'aujourd'hui** (Croire aujourd'hui), Paris, Montréal, Desclée de Brouwer et Edit. Bellarmin, 1975, 136 p.

BESRET (Bernard), **De commencement en commencement. Itinéraire d'une déviance,** Paris, Seuil, 1976, 204 p.

BILLACOIS (François), HERVE (Jean-Claude), ROBIN (Régine), ZINK (Anne), **Documents d'histoire moderne,** t. 1 et 2, Paris, A. Colin, 1970, 2 vol., 272 et 244 p.

BOFF (Leonardo), **Os sacramentos da vida e a vida dos sacramentos,** Petropolis, Edit. Vozes, 1975, 84 p.

1. La mention de ces ouvrages dans la présente liste ne préjuge pas des recensions ultérieures, à paraître dans notre revue (N.D.L.R.).

ID., **A vida religiosa e a igreja no processo de libentaçao,** Petropolis, Rio de Janeiro, Edit. Vozes et C.R.B., 1975, 104 p.

BOULANGER (Viateur), BOURGEAULT (Guy), DURAND (Guy), HAMELIN (Léonce), **Mariage. Rêve. Réalité. Essai théologique** (Héritage et projet), Montréal, Fides, 1975, 208 p.

BRETON (Stanislas), **Etre, monde, imaginaire,** Paris, Seuil, 1976, 192 p.

BRUN (Jean), **Le retour de Dionysos,** Paris, Les bergers et les mages, 1976, 256 p.

CAFFAREL (Henri), **Nouvelles lettres sur la prière,** Paris, Edit. du Feu nouveau, 1975, 160 p.

CANEVERO (Andrea), **La pedagogia cristiana oggi** (Strumenti), Firenze, La nuova italia editrice, 1975, 160 p.

CARRE (A.M.), **Chaque jour je commence** (Pour quoi je vis), Paris, Cerf, 1975, 184 p.

CHANEL (Emile), **Pédagogie et éducateurs socialistes** (Paidoguides), Paris, Centurion, 1975, 288 p.

Changement social et religion. Actes de la 13e conférence C.I.S.R. (Lloret de Mar, 31 août - 4 septembre 1975), Lille, Edit. du secrétariat C.I.S.R. (39 rue de la Monnaie, 59042 Lille Cédex), 1975, 492 p.

Chercheurs et témoins de Dieu. Annoncer Jésus-Christ dans le monde qui vient. Action catholique, catéchèse, formation des prêtres (Lourdes 1975 - Assemblée plénière de l'épiscopat français), Paris, Centurion, 1975, 192 p.

COLSON (Jean), **Lyon, baptistère des Gaules,** Paris, Edit. S.O.S., 1975, 208 p.

CORNATON (Michel), **Analyse critique de la non-directivité** (Eppsos), Toulouse, Privat, 1975, 176 p.

DARTIGUES (André), **Le croyant devant la critique contemporaine** (Croire et comprendre), Paris, Centurion, 1975, 152 p.

DEISS (Lucien), **La cène du Seigneur, eucharistie des chrétiens** (Croire et comprendre), Paris, Centurion, 1975, 176 p.

DELAWARDE (Jean-Baptiste), **Soixante homélies pour dimanches et fêtes (année B),** Paris, Téqui, 1975, 120 p.

DIDIER (Raymond), **Les sacrements de la foi. La pâque dans ses signes** (Croire et comprendre), Paris, Centurion, 1975, 155 p.

DOMENACH (Jean-Marie), **Le sauvage et l'ordinateur** (Points), Paris, Seuil, 1976, 192 p.

DUMAS (André), SIMON (René), **Vivre et croire. Chemins de sérénité** (Diagnostic), Paris, Cerf, 1974, 158 p.

First asian congress of jesuit ecumenists. Final statements and recommandations (Manila, 18-23 june 1975), Manila, Cal Bea Institute, s.d. (1975), 40 p.

FOUREZ (Gérard), **Pour libérer la foi,** Gembloux, Duculot, 1975, 144 p.

FRANKL (Victor), **Le dieu inconscient** (Religion et sciences de l'homme), Paris, Centurion, 1975, 104 p.

FYNN, **Anna et Mister God,** Paris, Seuil, 1976, 204 p.

GIAMPICCOLI (Franco), PAPINI (Carlo), **L'Eredita del Valdismo medievale,** Torino, Editr. claudiana, 1974, 62 p.

GIGNAC (André), **Quand l'espoir se fait parole. Célébrations pour l'année B,** Paris, Cerf, 1975, 256 p.

GINIEWSKI (Paul), **L'an prochain à Umtata,** Paris, Berger-Levrault, 1975, 312 p.

GORIUS (Alain), THOMAS (Marc), **Liturgies d'enfants. II. Célébrations pour assemblées d'enfants,** Paris, Mame, 1975, 126 p.

GORREE (Georges), BARBIER (Jean), **Mère Teresa de Calcutta. Tu m'apportes l'amour** (Ecrits rassemblés et présentés par G.G. et J.B.), Paris, Centurion, 1975, 160 p.

GUINDON (André), **La pédagogie de la crainte dans l'histoire du salut selon Thomas d'Aquin** (Recherches), Paris-Tournai, Montréal, Desclée et Ed. Bellarmin, 1975, 430 p.

HENNINGER (Joseph), **Les fêtes de printemps chez les Sémites et la Pâque israëlite** (Etudes Bibliques), Paris, Gabalda, 1976, 244 p.

HOLSTEIN (Henri), **L'expérience de l'Evangile. La communauté croyante au 1er siècle** (Croire et comprendre), Paris, Centurion, 1975, 144 p.

HOLLENWEGER (Walter J.), **Glaube, Geist und Geister,** Frankfurt/Main, Vlg. Otto Lembeck, 1975, 124 p.

Hommes (les) devant la mort, collectif publié par le Centre théologique de Meylan (Dossiers libres), Paris, Cerf, 1975, 64 p.

HOPPENOT (Marguerite), **Pleins pouvoirs à l'Esprit Saint,** Paris, Centurion, 1975, 184 p.

HUMBERT (Colette), **Conscientisation, Expériences. Positions dialectiques et perspectives** (INODEP - Documents de travail), Paris, Idoc-France-L'Harmattan, 1976, 166 p.

Iohannis Milicii de Cremeir, tres sermones synodales, Praha, Velem Herold, 1975, 152 p.

KUEBLER-ROSS (Elisabeth), **Les derniers instants de la vie,** Genève, Paris, Labor et Fides, 1975, 280 p.

LE DU (Jean), **L'idéal en procès** (Dossiers libres), Paris, Cerf, 1975, 56 p.

LE GAL (Yves), **Question(s) à la théologie chrétienne,** Paris, Cerf, 1975, 288 p.

LELONG (Michel), **J'ai rencontré l'Islam** (L'Evangile au XXe siècle), Paris, Cerf, 1975, 176 p.

LEROY (Pierre), **Lettres familières de Pierre Teilhard de Chardin mon ami,** Paris, Centurion, 1976, 268 p.

LEVYNE (Emmanuel), **Petite anthologie de la mystique juive. Introduction à la Kabbale,** Issy-les-Moulineaux, Tsédek, 1975, 58 p.

Libérations des hommes et salut en Jésus-Christ. Réflexions proposées par le Conseil permanent de l'Episcopat suite à la session pastorale de 1974. Préface de Mgr André Fauchet, Paris, Centurion, 1975, 112 p.

LIMAGNE (Pierre), **Quarante ans de politique française (1934-1974),** Paris, Centurion, 1975, 256 p.

LIVET (Georges), **Guerre et paix de Machiavel à Hobbes** (U 2), Paris, A. Colin, 1972, 400 p.

MADELIN (Henri), **Les chrétiens entrent en politique,** Paris, Cerf, 1975, 104 p.

MANARANCHE (André), **Celui qui vient,** Paris, Seuil, 1976, 242 p.

MARC (Gabriel), **Passion pour l'essentiel. Essais** (La vie des hommes), Paris, Edit. ouvrières, 1976, 231 p.

MARCOUX (Paul), **Dans le regard des autres,** Paris, Centurion, 1975, 192 p.

MATAGRIN (Mgr Gabriel), **Préparons aujourd'hui l'Eglise de demain,** Paris, Cerf, 1976, 144 p.

MAXWELL (John Francis), **Slavery and the Catholic Church,** Chichester, London, Barry Rose publishers, 1975, 146 p.

MERAD (Ali), **Charles de Foucauld au regard de l'Islam,** Lyon, Paris, Chalet, 1975, 144 p.

METZ (René), SCHLICK (Jean), **Idéologies de libération et message de salut.** Quatrième colloque du Cerdic (Strasbourg, 10-12 mai 1973) publié par R.M. et J.S., Strasbourg, Cerdic-Publications (Palais universitaire, 9, place de l'Université, 67084 Strasbourg Cedex), 1975, 242 p.

MOINGT (Joseph), **La transmission de la foi,** Paris, Fayard, 1976, 130 p.

MUELLER SCHMIDT (Peter Paul), **Raisonnement réaliste et éthique politique,** Paris, Beauchesne, 1975, 148 p.

Mutations (les) de la foi chrétienne, collectif, Montréal, Fides, 1974, 148 p.

NATANSON (Jacques), **La mort de Dieu. Essai sur l'athéisme moderne** (Publications de l'Université de Rouen), Paris, P.U.F., 1975, 304 p.

NOCENT (Adrien), **Célébrer Jésus-Christ. L'année liturgique. I. Introduction. L'Avent** (Religion), Paris, Edit. universitaires, 1975, 260 p.

ID., **Célébrer Jésus-Christ. L'année liturgique. II. Noël. Epiphanie** (Religion), Paris, Edit. universitaires, 1975, 224 p.

NOUAILHAT (René), **Le spiritualisme chrétien dans sa constitution. Approche matérialiste des discours d'Augustin** (Théorème), Paris, Desclées, 1976, 192 p.

Objecteurs de conscience aujourd'hui. Note de « Pax Christi », Paris, Centurion, 1975, 64 p.

OOSTERHUIS (Huub), **Paroles pour cette aurore. Où en est la nuit ?** (Paroles pour), Paris, Desclée, 1975, 94 p.

PACIORKOWSKI (Richard), **Guérisons paranormales dans le christianisme contemporain,** Varsovie, Edit. de l'académie de théologie catholique, 1976, 168 p.

PHILIPPE (M.D.), **L'être. II, 1re et 2e parties** (Essai de philosophie), Paris, Téqui, 2 vol., 1973 et 1974, 550 et 436 p.

Prophétisme et thérapeutique, collectif (Savoir), Paris, Hermann, 1975, 238 p.

PURY (Albert de), **Promesse divine et légende cultuelle dans le cycle de Jacob, t. 1 et 2** (Etudes bibliques), Paris, Gabalda, 1975, 2 vol., 344 et 380 p.

Quelle médecine demain ? Pour quel homme ? Travaux du Xe congrès médico-social protestant de langue française, Paris, Berger-Levrault, 1974, 245 p.

Religion populaire et réforme liturgique, collectif sous la direction du C.N.P.L. (Rites et symboles), Paris, Cerf, 1976, 192 p.

RENARD (Cal Alexandre), **Que veut l'Eglise ?,** Lyon, Paris, Chalet, 1975, 151 p.

RIMAUD (Didier), **Les arbres dans la mer,** Paris, Desclée, 1975, 192 p.

ROLLET (Henri), **La condition de la femme dans l'Eglise,** Paris, Fayard, 1975, 340 p.

ROLLET (Jacques), **Libération sociale et salut chrétien** (Cogitatio Fidei), Paris, Cerf, 1974, 228 p.

ROUX (Georges J.), **La vie ardente des sages. La paix, l'harmonie, l'espérance et la grâce,** Paris, Dervy-Livres (diffus.), 1975, 296 p.

RUSSEL (Letty M.), **Théologie féministe de la libération** (Essais), Paris, Cerf, 1976, 238 p.

SANDERS (J.A.), **Identité de la Bible** (Lectio divina), Paris, Cerf, 1975, 182 p.

SCHUMANN (Maurice), **La mort née de leur propre vie. Trois essais sur Péguy, Simone Weil, Gandhi,** Paris, Fayard, 1974, 198 p.

SEVE (André), **Vivre la foi aujourd'hui,** Paris, Centurion, 1976, 252 p.

SIMON (Michel), **Karl Marx : de la philosophie à la révolution. Essai sur la logique d'une évolution** (Essais et recherches), Lyon, Profac, 1976, 68 p.

SINGER (Charles), **Paroles pour un prince nu. Sept jours d'homme** (Paroles pour), Paris, Desclée, 1975, 152 p.

SPOLETINI (Domenico), **Mass-media e catechesi. I mass-media nella catechesi. La catechesi con i mass-media,** s.l. (Roma), Ediz. Paoline, 1976, 176 p.

SUBLON (Roland), **Le temps de la mort. Savoir. Parole. Désir** (Hommes et Eglise), Strasbourg, Cerdic-Publication (Palais universitaire, 9 place de l'Université, 67084 Strasbourg Cédex), 1975, 242 p.

THERESE DE LISIEUX, **Mes armes. Sainte Cécile. Un chœur de musique dans un camp d'armées.** Poésies et récréations pieuses de Th. de Lisieux (Etudes thérésiennes), Paris, Cerf et Desclée de Brouwer, 1975, 128 p.

ID., **Le triomphe de l'humilité. L'affaire Léo Taxil.** Poésies et récréations pieuses de Th. de Lisieux (Etudes thérésiennes), Paris, Cerf et Desclée de Brouwer, 1975, 144 p.

THIBAULT (Odette), **La maîtrise de la mort** (Encyclopédie universitaire), Paris, Edit. universitaires, 1975, 224 p.

THOMAS (Joseph), **Croire au vrai Dieu,** Paris, Centurion, 1975, 192 p.

THOMPSON (J.A.), **La Bible à la lumière de l'archéologie,** Guebwiller, Ligue pour la lecture de la Bible, 1975, 466 p.

La traite silencieuse. Les émigrés des D.O.M. Actes du colloque organisé par le Collectif des Chrétiens engagés dans l'auto-détermination des D.O.M.-T.O.M. (22 février 1975), Paris, Idoc-France-L'Harmattan, 1975, 148 p.

VERNETTE (Jean), BOURGEOIS (Henri), **Seront-ils chrétiens ?** (Perspectives catéchuménales), Paris, Lyon, Chalet, 1975, 232 p.

VIARD (André), **Saint Paul. Epître aux Romains** (Sources bibliques), Paris, Gabalda, 1975, 320 p.

Voies et impasses. Dossier du Comité catholique du Conseil supérieur de l'Education, Montréal, Fides, 1975, 288 p.

VOILLAUME (René), **Laissez-là vos filets.** Nouvelle retraite à Beni-Abbès, Paris, Cerf, 1975, 248 p.

WALDBERG (Michel), **Forêts du Zen** (Pensées et sociétés secrètes), Paris, Mame, 1974, 222 p.

WIESEL (Elie), **Célébrations bibliques,** Paris, Seuil, 1975, 206 p.

BULLETIN D'ABONNEMENT * OU DE RÉABONNEMENT *

ET BULLETIN DE COMMANDE

M. - Mme - Mlle ....

adresse ....

code postal ....

souscrit un ABONNEMENT à LUMIERE ET VIE pour l'année 1976

* ordinaire	France 65 F,	Etranger 75 F
* soutien	France 70 F,	Etranger 80 F
* solidarité	France et Etranger 100 F	

commande les NUMEROS ....

règle la somme de ....

* rayer les mentions inutiles

LUMIERE ET VIE - 2, place Gailleton, 69002 Lyon. C. C. P. Lyon 3038-78 (Pour les abonnements Etranger, voir également les adresses indiquées en p. 2 de la couverture).

comité d'élaboration

Le Gérant : A. Durand/Imp. Artistique P. Jacques, 73101 Aix les Bains / Dépôt légal : 2e trim. 1976
Commission Paritaire : No 50.845